

# **MUUTOS ON VÄLTTÄMÄTÖN**

Filosofinen ja empiirinen lähestymistapa  
pähdeongelmaisen ihmisen muutosvalmiuteen

Vesa Knuuttila  
vk58908  
Tampereen yliopisto  
Sosiaalipolitiikan ja  
sosiaalityön laitos  
Sosiaalityö  
Joulukuu 2002

**KNUUTTILA, VESA**  
**Pro gradu-tutkielma, 81 sivua, lisäksi 6 sivua liitteitä.**  
**Tampereen Yliopisto**  
**Sosiaalityö**  
**Joulukuu 2002**

---

## **TIIVISTELMÄ**

Tutkielman tarkoituksena on lähestyä ihmistä muutosprosessissa filosofisin ja empiirisin keinoin. Ensimmäisessä osassa pohditaan tutkimuksen taustalla olevaa ihmiskäsitystä. Toisessa osassa tutkitaan asiakkaiden demografisten sekä päihteiden käyttöä koskevien tietojen yhteyttä heidän muutosvalmiuteensa ja laitospäihdehoidon keskeyttämisten yhteyksiä asiakkaan muutosvalmiuteen. Ensimmäisen osan viitekehyksenä on Lauri Rauhalan eksplikoima holistinen ihmiskäsitys. Jälkimmäisessä osassa käytettiin URICA-kaavaketta (University of Rhone Island Change Assessment Scale).

Empiirisen osan tutkimushenkilöinä (N=105) olivat Kankaanpään A-kotiin touko-elokuussa 2000 tulleet asiakkaat. Tilastollisesti merkitseviksi selittäviksi muuttujiksi muutosvalmiudelle osoittautuivat ikä, asuminen, ammatti, hoitoon tulon vapaaehtoisuus ja hoitotavoite. Muutosvalmius oli huono erityisesti nuorilla, jotka olivat ammatittomia ja asunnottomia. Asiakkaat jotka tulivat hoitoon omaehtoisesti tai tavoittelivat täysraittiutta olivat muutosvalmiimpia kuin muut. Korkea esiharkintavaiheen pistemäärä oli merkittävänä selittävänä muuttujana hoidon keskeyttämiselle. Korkea esiharkintavaiheen pistemäärä lisäsi riskiä keskeyttämiseen ja uloskirjoittamiseen nimenomaan hoidon alkuvaiheessa.

## SISÄLTÖ

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Alkusanat</b>                                   | <b>4</b>  |
| <br>   |           |
| <b>1. Johdanto</b>                                 | <b>10</b> |
| 1.1 Tutkimuksen tausta ja merkitys                 | 10        |
| 1.2 Käsitteenmäärittelyä                           | 12        |
| 1.3 Tutkimuksen lukujen keskeiset sisällöt         | 17        |
| <br>   |           |
| <b>2. Tutkimuksen taustalla oleva ihmiskäsitys</b> | <b>19</b> |
| 2.1 Ihminen tutkimuksen kohteena                   | 19        |
| 2.2 Lähtökohdat                                    | 20        |
| 2.3 Ihmisen olemismuodot                           | 22        |
| 2.4 Ontologinen analyysi                           | 23        |
| 2.5 Mitä Ihminen on?                               | 24        |
| 2.6 Ihmisen todellistumisen tavat                  | 27        |
| 2.7 Tajunnallisuus ihmisen olemassaolon muotona    | 32        |
| 2.8 Ykseys erilaisuudessa                          | 33        |
| <br>   |           |
| <b>3. Aiempi muutoshalukkuuden tutkimus</b>        | <b>35</b> |
| 3.1 Kehittyvä muutosmalli                          | 36        |
| 3.2 Muutosmallin luotettavuus                      | 41        |
| 3.3 Muutosmallin kritiikkiä                        | 43        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>4. Tutkimuksen empiirisen osan toteuttaminen</b>                                  | <b>45</b> |
| 4.1 Empiirisen tutkimuksen lähtökohta  | 45        |
| 4.2 Metodi   | 47        |
| 4.2.1 Tutkimushenkilöt   | 47        |
| 4.2.2 Tutkimusmenetelmät   | 52        |
| 4.2.3 Tutkimuksen kulku  | 54        |
| <b>5. Tulokset</b>   | <b>56</b> |
| 5.1 Mitkä tekijät olivat yhteydessä muutosvalmiuteen?                                | 56        |
| 5.2 Muutosvalmius ja hoidon jatkuvuus  | 61        |
| <b>6. Johtopäätöksiä ja ehdotuksia</b>   | <b>67</b> |
| <b>Kirjallisuus</b>  | <b>74</b> |
| <b>Liitteet</b>  | <b>82</b> |
| <b>Taulukot</b>  |           |
| 1. Holistisen ihmiskäsityksen dimensioita.   | 34        |
| 2. Asiakkaiden (N=105) taustatietoja.  | 46        |
| 3. Asiakkaiden (N=105) päihteiden käyttöä ja hoidon<br>jatkuvuutta koskevia tietoja. | 49        |
| 4. Esimerkkejä URICA-skaalojen osioista.   | 53        |
| 5. URICA-skaalamuuttujien ja muutosvalmiuden kom-                                    |           |

|  |    |
|--|----|
| positiopistemäärän väliset korrelaatiot (N=105).   | 58 |
| 6. Miesasiakkaiden (n=67) ja naisasiakkaiden (n=38) prosenttijakaumat hoidon jatkuvuutta koskevilla muuttujilla. | 65 |

## Kuviot

|   |    |
|---|----|
| 1. URICA-skaalamuuttujien t-arvoiksi muunnettujen pistemäärien keskiarvot (N=105).  | 57 |
| 2. URICA-skaalamuuttujien t-arvoiksi muunnettujen pistemäärien keskiarvot hoidon sovitusti päättäneillä asiakkailla (P) sekä niillä, joiden hoito keskeytyi vastaanottovaiheessa (V) tai peruskuntoutusvaiheessa (S). | 62 |
| 3. URICA-skaalamuuttujien t-arvoiksi muunnettujen pistemäärien keskiarvot hoidon sovitusti päättäneillä (P), keskeyttäneillä (K) ja uloskirjoitetuilla (U) asiakkailla.   | 63 |
| 4. URICA-skaalamuuttujien t-arvoiksi muunnettujen pistemäärien keskiarvot miehillä (M) ja naisilla (N).   | 66 |

## ALKUSANAT

### Miksi sosiaalityö ?

Päädyin valitsemaan sosiaalityön toiseksi pääaineekseni filosofian ohella.

Tällä filosofian harrastuksella onkin ollut ratkaiseva merkitys sosiaalityön tutkimuksissani:

*"Filosofian merkitys tieteiden piirissä on aina ollut suuri; itse asiassa tiede ja filosofia merkitsivät pitkään samaa. Viime aikoina on useiden tieteiden kohdalla jouduttu kiinnittämään entistä enemmän huomiota niiden filosofisiin perusteisiin.... Filosofinen koulutus antaa ... valmiuksia, joista on erityistä apua kaikkien alojen tutkimus- ja suunnittelutyössä. Se auttaa myös sen tyyppisen kokonaisnäkemyksen luomisessa, joka on omiaan tukemaan...".(Taloudellis-hallinnollinen tiedekunta, opinto-opas 1999, 14)*

Sosiaalityön valitsemiseen "luonnollisena filosofian praktisena jatkeena"

vaikutti myös oma kontekstini; jatkuva mielenkiinto sosiaalityöhön, etenkin sen päihdetyön puoleen. Miten se kehittyi?

Se kypsyi. Sana, jonka merkityksen ainakin jokainen viinintekijä tuntee.

Viini on kypsyttyään valmista juotavaksi, toki jotkut kypsyttelivät sitä vielä kauan sen juotavuuden jälkeenkin. Oma kiinnostukseni päihdetyöhön ja sen problematiikkaan kehittyi oman alkoholismini kautta. Kypsyin siihen mutta en, luullakseni (kts. tahdonvapauden ongelmasta esim. Wright 1985, 49-100), deterministisesti. Aloin käyttää alkoholia "hyvässä uskossa", josta se kohdallani kehittyi holistiseksi kaaokseksi. Voisin jossain mielessä sanoa narratiivisesti Saarikosken sanoin: "en valinnut asiaa vaan asia

valitsi minut, en etsinyt taistelua vaan taistelu tuli kohdalleni, ja nyt olen mukana”.

Olen saanut tutustua päihdeongelmaan potilaana Kalliolan kuntoutuslinikalla alkukesästä 1998, Viinikanlahden ensisuojaassa sosiaalityön harjoittelujaksolla keväällä 1999, sekä sosiaalityöntekijänä Kankaanpään A-kodilla toukokuun alusta 2000 lähtien. Kalliolassa on potilaita, A-kodilla asiakkaita. Olen katsellut päihdeongelmaa ”tiskin molemmin puolin”, sekä hoidettavana että hoitajana, ja nyt koen sen rikkautena. Klaus Weckrothin ja Seppo Toiviaisen samankaltaiset kokemukset, ”avoin akateemisuus” on kannustanut ja rohkaissut minua selvittelyissäni.

Hyvin perusteltuja, oikeutettuja, tosia uskomuksia (Gettier 1963) alkoholismien luonteesta on monia; osa väittää: kerran alkoholisti, aina alkoholisti, alkoholismista ei voi toipua, ainoastaan ”koteloida” se. Toiset taas väittävät päinvastoin, että jos joku alkoholisti kykeneekin palaamaan sosiaaliseen juomiseen, niin hän ei ole ollut ”oikea alkoholisti”. Kyse on kehäpäätelmästä: ”hän ei ollutkaan alkoholisti, koska alkoholisti ei kykene palaamaan kohtuukäyttöön”. Lainaan Klaus Weckrothin tutkimusta vuodelta 1984, jossa yksi hänen tutkimushenkilöistään sanoo:

*”Päättäkää ny jo perkele, mikä se on. Ensin se ei oo sairaus, sitte se on ja sitte taas ei. Tässä on ku joku pelle, jolle voi saatana sanoo mitä vaan. Kai sen itekin tietää, että vintissä viheltää, ku pitää pistää kaikki fyrkat pilsneriin. Sairas ja sairastunut – ei kai se sillä parane.”* (Weckroth 1984)

Mikko Mäntysaari puhuu virkaanastujaisesitelmässään ”Käytännöllisen tiedon tuottamisen intressistä” ja sen virheellisestä, tarkoituksellisesta erottamisesta akateemisesta tutkimuksesta. Hän päätyy hyvin yksinkertaiseen, mutta vaikeasti toteutettavaan johtopäätökseen: ”yhteistyön parantamisella tutkijoiden ja ammattilaisten kesken voidaan saada paljon aikaan”. (Mäntysaari 2001) Tämä tutkimus pyrkii olemaan osana tätä yhteistyötä, josta hyötyvät kaikki osapuolet.

Miksi sosiaalityö eikä psykologia? Jos addiktio on aina vähintään yksilön psyykkinen ongelma, niin eikö silloin tulisi opiskella psyykettä tutkivaa tiedettä, eikä niinkään lähestyä kysymystä sosiaalisena ongelmana? Suomessa päihdeongelma on profiloitunut suurelta osin sosiaalityön ja sosiaalityöntekijöiden saralle, mutta kansainvälisesti tilanne on toinen. USA:ssa, addiktio-tutkimuksen suuressa maassa, valtaosa alan tutkijoista on muita kuin sosiaalityöntekijöitä, mm. psykologeja. Tämä kysymys olisi jos sinällään mielenkiintoinen tutkimuksen aihe, mutta en lähde sitä tässä tutkimuksessa tarkemmin erittelemään. Lähden vain Suomessa vallitsevasta tilanteesta ja yritän lähestyä holistisesti ihmistä sosiaalityön puitteissa.

### **Miksi gradu ?**

Miksi halusin toisen pää-aineen, eikö filosofia yksin olisi riittänyt? Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista annetussa asetuksessa (804/92) 2§:ssä mainittu ”riittävä sosiaalityön koulutus” ei oppiaineen käsityksen mukaan päteviä filosofian maisteria



sosiaalityöntekijäksi tietyin pienin lisäopinnoin.

Sen sijaan valtion apua saamaton yksityinen sektori määrittelee, täysin lain mukaisesti, itsenäisesti sosiaalityöntekijän pätevyyden. Kunnilla on omat keinonsa kiertää asetusta sosiaalityöntekijän pätevyydestä esim. hoidattamalla virkaa määräaikaisena vuodesta toiseen, jolloin sosiaalityötä saa periaatteessa tehdä kuka tahansa. Sosiaalityöntekijä, päihdeterapeutti tms. ammattinimikkeet ovat "lainsuojattomia", ts. jokainen sitä haluava saa nimittää itseään päihdeterapeutiksi. Päihdeongelmaisen vaimo/mies voi täysin laillisesti olla päihdeterapeutti. Psykoterapeutti-nimike muodostaa poikkeuksen. Odotan lainsäädäntömme pikaista kehitystä, jotta sosiaalityö/sosiaalityöntekijä, päihdeterapeutti, sosiaaliterapeutti ym. saavat legimitteettinsä ja itse haluan olla siinä joukossa.

### **Miksi konkreettisesti juuri tämä gradu ?**

Mennessäni töihin Kankaanpään A-kotiin vappuna 2000 sosiaalityöntekijän vakanssille olin keskustellut pitkään silloisen opettajani, nykyisen gradu-ohjaajani valt.tri. Pekka Saarnion kanssa. Keskustelumme koski pääosin kysymystä, miten voisin tutkimuksellisessa mielessä hyödyntää työskentelyäni A-kodilla, päihdeongelman "puuronsilmässä". Päädyimme keskusteluissamme tulokseen: esitämme A-kodin johtajalle Kari Siekkiselle pyynnön aloittaa tulevien asiakkaiden keskuudessa muutoshalukkuus-kyselyn. Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan

laitoksen ja A-kodin välisten myönteisten yhteistyökokemusten vuoksi saimme luvan melko nopeasti.

Ryhdyin työhöni A-kodilla ja samalla koordinoimaan kyselyä. Vähitellen tietojen keruun edetessä mielessäni kypsyi ajatus tehdä pro gradu-työni kyselyn pohjalta. Samasta aineistosta tein yhteistyössä Saarnion kanssa artikkelit *Psykologia-lehteen* (Saarnio & Knuuttila painossa) ja *Sosiaalilääketieteelliseen aikakauslehteen* (Saarnio & Knuuttila 2001). Viimeksi mainitussa artikkelissa vertailemme A-kodin asiakaskuntaa vuosina 1995 ja 2000. Molempina vuosina kerättiin samankokoisista populaatioista samat demografiset tiedot. Lisäksi tämän tutkimuksen tiedot ovat olleet osaltaan pohjana miehiä ja naisia vertailevassa tutkimuksessa. (Saarnio 2002). Tutkimusyhteistyömme on jatkunut tiiviinä lähes samanlaisin menetelmin. Viimeisimmät tulokset on raportoitu *Journal of Substance Use* (Saarnio & Knuuttila painossa) ja *Narkotik och alkoholproblemtidningen* (Saarnio & Knuuttila 2002) julkaisuissa.

Lopuksi haluan esittää suuret kiitokseni A-kodin johtajalle Kari Siekkiselle taloudellisesta (työpaikka), avarakatseisesta, huumorintajuisesta ym. tuesta, jota ilman tämä tutkimus ei olisi valmistunut. Kankaanpään A-kodin vastaanoton työntekijät tarkalla työllään varmistivat osaltaan tämän tutkimuksen luotettavuuden, suuret kiitokset siitä. Koko A-kodin henkilökunta ja asiakkaat myötävaikuttivat myönteisellä suhtautumisellaan tutkimuksen etenemiseen. Samoin kiitokset tri Pekka Saarniolle

asiantuntevasta ja pitkämielisestä ohjauksesta sekä tähänastisesta tutkimusyhteistyöstä.

## 1. JOHDANTO

### 1.1 Tutkimuksen tausta ja merkitys

Suomalainen yhteiskunta on varsin päihdekeskeinen. Päihteiden käytön myönteisten seurausten (mm. mahdollinen sepelvaltimotautien riskin pieneneminen pari lasia päivässä nauttivilla, kts. Edvards 1996) lisäksi sillä on mittavat haittavaikutukset yksilö- ja yhteiskunnallisella tasolla. Yksistään alkoholin aiheuttamien välittömien kustannusten arvioitiin 1999 olevan 3 – 3,8 miljardia markkaa vuodessa (Stakes 2001). Nämä kulut painottuvat voimakkaimmin järjestyksenpidon, terveystoimen ja sosiaalitoimen aloille. Päihderiippuvuudesta aiheutuvien välillisten kustannusten arvioidaan vuositason tasolla olevan useita kymmeniä miljardeja markkoja, jopa 29,6 miljardia markkaa (Stakes 2001). Päihteiden liikakäyttö on yhteiskuntamme keskeinen kansanterveysongelma (Poikolainen 1998).

Yksilöllisellä tasolla päihteiden liikakäyttö saattaa olla suuri henkilökohtainen tragedia. Tämä tragedia voi kuitenkin, oikein käsiteltynä, päätyä myönteiseen ratkaisuun. Tutkimuksia siitä, miten tämä myönteinen käänne tapahtuu, on Suomessakin (kts. Koski-Jännes 1993, 1998, Tamminen 2000, Heikkilä 2001). Raitistuneista päihteiden käyttäjistä suuri osa on onnistunut ilman minkäänlaista ammattiapua (esim. Toiviainen 1997, 132-138, Davison & Neale 1994, 319, Vaillant 1983, 293-294, 314-315). Osa ihmisistä näyttää kuitenkin tarvitsevan ammattiapua raitistumiseensa.

Tässä tutkimuksessa keskitytään laitoshoidon keskeyttämisiin James Prochaskan ja Carlo DiClementen kehittämän muutosmallin (Transtheoretical Model of Change) puitteissa. Asiakkaiden muutosvalmiutta kartoitettiin URICA-lomakkeella (The University of Rhode Island Change Assessment Scale), joka on alun perin kehitetty psykoterapia-asiakkaiden muutosvalmiuden tutkimista varten (McConaughy ym. 1989). Myöhemmin sitä on käytetty päihdeongelmaisten muutosvalmius-tutkimuksessa (DiClemente & Hughes 1990; Piotrowski ym 1995). Suomessa URICA on tiettävästi käytössä ensimmäistä kertaa.

Tämä tutkielma koostuu itse asiassa kahdesta toisiinsa liittyvästä tutkimuksesta; taustalla olevasta ihmiskäsityksen tutkimuksesta, ns. ”nojatuolitutkimuksesta”, ja empiirisestä muutoshalukkuutta koskevasta tutkimuksesta.

Edellinen on filosofinen tutkimus ja jälkimmäinen on empiirinen tutkimus. Molemmat tarvitsevat toisiaan, molemmat tukevat toisiaan; edellinen määrittelee tutkimuksen kohteen ja jälkimmäinen tarkentaa sen yhtä osaa, muutoshalukkuuden suhdetta laitoshoidon keskeyttämisiin.

## 1.2 Käsitteenmäärittelyä

Filosofian eräänä tehtävänä on toimia tienraivaajana (Winch 1979) tieteellisessä työssä eli lähestyä ongelmaa käsitteenmäärittelyn kautta ja avulla. Tutkimusta yleensä haittaa kirjava määrittelykäytäntö (kts. esim. Sobell ym. 1992, 10) ja sen myötä usein yhteisen käsitteistön puuttuminen. Filosofia on apuna tutkimusten yhteisen käsitteistön löytymisessä. Rajoitan tässä tutkimuksessani pohdinnan vain joihinkin tärkeimpiin esille tuleviin käsitteisiin.

***Muutos-käsite*** on läsnä läpi koko tutkimuksen, ja siksi se vaatii perusteellisempaa tutkimista. Inhimillisessä ajattelussa muutoksen käsitteellä on pitkä ja vaihteleva historia. Esisokraatikot, luonnonfilosofit, Zenon ja Parmenides väittivät muutoksen ja liikkeen olevan mahdottomia, koska oleva on ykseys; se on sama ja lepää samassa tilassa ollen oma itsensä. Herakleitoksen lausumaksi taas on väitetty ”panta rei”, kaikki virtaa (mm. Marias 1967, Salomaa 1989). Kompromissia tavoittelevat filosofit etsivät muutoksen takaa jotain tosiolevaista, muuttumatonta. Tällaisia olivat Platonin ideat ja Demokritoksen atomit.

Järjestelmällisen Aristoteleen luonnonfilosofiassa keskeisen osan muodostaa muutoksen käsitteen analyysi. *Fysiikan* kolmannessa kirjassa Aristoteles esittää liikkeen tai muutoksen määritelmän: kinesis on potentian toteutuneisuutta potentiana. (Fysiikka, 201a10-11, 201a27-29, 201b4-5). Kinesis on yleisnimi kaikille muutoksen lajeille ja sen alalajeja ovat substanssin muutokset eli syntyminen ja häviäminen, kvalitatiivinen

muutos, kvantitatiivinen muutos (kasvaminen ja väheneminen) ja paikan muutos. Kinesis on (lopputuloksen) potentiaalisuuden aktuaalisuutta eli muutoksen alkutilan ja lopputilan välillä oleva temporaalinen prosessi. (Knuuttila 1990, 26)

Platon ja Aristoteles ajattelivat, että tietoa voi olla vain siitä, mikä pysyy muuttumattomana. Siltä osin kuin todellisuus on muuttuessaan mielivaltainen, se ei kelpaa tietomme kohteeksi. (Haaparanta 1990, 155)

Vasta galileisessa tieteenkäsityksessä muuttuvasta luonnosta tuli kelvollinen tiedon kohde. Siinäkin oletettiin löytyvän sellaista, mikä pysyy samana ajanhetkestä toiseen; ilmiöiden vakioiset suhteet, jotka voitiin ilmaista tieteellisten lakien avulla. (Kaila 1939, 13-92) Jumalan syökseminen valtaistuimelta alkoi, sillä täydellinen Jumala ei voi muuttua<sup>1</sup>.

Ihminen oli pääsemässä pois itseaiheutetusta alaikäisyyden tilasta ja uskaltaa ryhtyä ajattelemaan itse (Kant 1994). Historia on ihmislajin ihmiseksi tulemisen, kasvun prosessi. Predikaatti 'moderni' sijoittaa puheen kenttään, jota hallitsee muutos. (Kotkavirta 1990, 219-228) On muutoksen aika.

Sven Kron tarkastelee ajan ja muutoksen suhdetta jakaen aikakäsitykset kahtia: objektiiviseen l. ulkokohtaiseen aikaan ja subjektiiviseen l. elämykselliseen aikaan. (vrt. Kantin aistimaailma vs. maailma sinänsä; ensimmäinen on "meidän maailmamme" ja jälkimmäinen on maailma,

---

<sup>1</sup> Heidegger puhuu jumalien katoamisesta, jumalien pakenemisesta; "Jumalien katoaminen on tila, jossa kysymys Jumalasta ja jumalista jää ratkaisematta." (Heidegger 2000, 10)

jonne meillä ei ole pääsyä, ”maailma sinänsä”, josta emme tiedä onko siellä aikaa laisinkaan.) Subjektiivisesti koemme muutoksen ajallisena jaksona, johon liittyy kokemus aikaisemmasta ja myöhäisemmästä. Siirtyminen erilaiseen l. erilaistuminen on siten yksi jokaiseen muutokseen sisältyvä muuttumaton tuntomerkki.

Toinen muutoksen muuttumaton tuntomerkki on suunta menneestä tulevaan. Muutos koetaan elämyksellisesti ja on aina muutosta ajassa. Voidaan väittää, että muutos itse asiassa konstituoii ajan. Ilman muutosta ei olisi aikaa. Aika ei ole muuta kuin jatkuva muutosprosessi. Muutos on siis välttämätön, vaikka sisältääkin muuttumattomia aineksia.

Kuinka hyvin elämysmaailma ja ulkokohtainen maailma vastaavat toisiaan? Elämysmaailmassa menneeseen ei ole paluuta, joskin Einsteinin suhteellisuusteorian mukaan (jossa aika on neljäs ”ulottuvuus”), tämä näyttäisi olevan periaatteessa mahdollista. Krohn kuitenkin katsoo, että vaikka objektiivisen ajan suhdetta elämykselliseen aikaan on pidettävä ongelmallisena, yksisuuntainen aika ja siten muutos aidossa merkityksessä kuuluu myös ulkokohtaiseen todellisuuteen.

Kehitys ja edistys ovat muutosprosessien alalajeja. Edistys on aina myös kehitystä, mutta kaikki mikä on kehitystä ei ole edistystä. Nämä saavat ominaisluonteensa suhteessaan lopputulokseen tai tavoitteeseen, jota muutosprosessin vaihe vaiheeltaan ajatellaan lähestyvän. (Krohn 1990,



142) Tämä Krohnin hahmottelema muutuskäsitys on tämän tutkimuksen perusta ja ydin.

**Motivaatio** on myös eräs keskeinen käsite tässä tutkimuksessa.

Nyky-suomen sivistyssanakirja vuodelta 1979 määrittelee motivaation seuraavasti: "perustelu, vaikuttimet, syyt, perusteet". Peruste on mikä tahansa, mihin toiminta on asianmukainen vastaus.

*"Toiminnan kehitys perustuu ristiriitaan subjektin hallitsemien ja vielä hallitsemattomien tapahtumien välillä, jolloin sen motiivi on aina tavallaan edessäpäin."* (Weckroth 1984)

Motivaatio muutokseen tämän tutkimuksen tarkoittamassa mielessä löytyy tulevaisuudesta, jossa on mukana menneisyyden aineksia. (ns.

"praktisesta syllogismista" kts. Wright 1985, 49-77<sup>2</sup>) Toiminnan motivaatiotausta on kompleksinen. Kompleksisuus voi olla joko perusteiden määrän tai niiden voimakkuuden kompleksisuutta. (Wright 1985, 85) Ihminen on harvoin, jos koskaan, yhdestä motiivista ohjautuva.

Motivaatio ei siis ole luonteen tai persoonallisuuden piirre vaan jotain, mikä

---

<sup>2</sup> Pragtisen syllogismin käsite on peräisin Aristoteleelta. Siinä tekoa ymmärretään sen päämäärien ja keinojen kautta. Esimerkiksi haluan kulkea autollani tulevat työmatkani, mutta autoni pakoputki on rikkoutumaisillaan, joten ryhdyn korjaamaan autoani, että tulevat työmatkani mahdollistuisivat. Praktisen päättelyn premisseinä on halu saavuttaa tavoite ja uskomus tavoitteen välttämättömistä ehdoista, johtopäätöksenä tekemään ryhtyminen. Wright tutkii tekoja ja teon selittämistä. Hän erottaa teon tuloksen ja seuraukset toisistaan: ikkunan avaamisen tulos on ikkunan aukeaminen ja seuraus huoneen tuulettuminen. Tekojen ja seurausten välillä vallitsee kausaalinen suhde. Sen sijaan teko ja tulos ovat toisiinsa loogisesti sidottuja, joten ne eivät ole kausaalisuhteen alaisia *erillisiä* tapahtumia. Ikkunan avaamista ei voi selittää kausaalisesti, vaan se on aikomuksellisenä, intentionaalisena tekona ymmärrettävä pragtisen syllogismin kautta.

on muodostumassa tai muodostuu ( kts. motivoivasta haastattelusta enemmän, Miller & Rollnick 1991).

***Riippuvuuden ja addiktion*** käsitteitä käytetään virheellisesti synonyymeina. Kaikki addiktio on riippuvuutta, mutta kaikki riippuvuus ei ole addiktiota. Jokainen terve ihminen on riippuvainen ravinnosta, toisten ihmisten seurasta jne. Addiktio on sellainen pakonomainen riippuvuus, joka tuottaa välitöntä tyydytystä, mutta josta on enenevästi haittaa ihmiselle itselleen ja josta on yrityksistä huolimatta vaikea päästä eroon (Koski-Jännes 1998). Tamminen määrittelee päihdeaddiktion ”subjektiiviseksi päihteiden käytön välttämättömyydeksi” (Tamminen 2000, 17). Tässä tutkimuksessa rajataan addiktion käsite pääosin vain kemiallisen aineen aiheuttamaan pakonomaiseen riippuvuuteen, jolloin addiktio on ”elämälle keskeisimmin suuntaa ja mieltä antava aktiviteetti.” (Tamminen 2000, 17)

Laitan ***Sairaus***-käsitteen addiktion yhteydessä lainausmerkkeihin tai puhun yksinkertaisesti vain sairauden kaltaisesta tilasta. Tällä vältän lääketieteellisen, kehollisen yksipuolisuuden ihmisen ykseydestä puhuttaessa. Melko yleisesti ajatellaan, että vakavasta sairaudesta toipumiseen tarvitaan lääkettä tai kirurgisia toimenpiteitä tms. Addiktio ei ole yksin kehollinen ongelma, ja siksi laitan sanan ”sairaus” lainausmerkkeihin.

**Retkahduksen** erotan lipsahduksesta. Lipsahdus on lievempi käytön aloittaminen; satunnainen, lyhytaikainen jne. Retkahdus on paluuta entiseen käyttöön, paluuta addiktio-maailmaan. Retkahtaa voi vasta tiettyjen ehtojen jälkeen. Tällöin ihminen aloittaa, vastoin omaa aikaisempaa päätöstään paluun addiktio-maailmaan eli aineiden ongelmakäytön. Addiktiiviseen käyttäytymiseen kuuluu kuivien- ja käyttöjaksojen vuorottelu eikä niiden välillä tapahdu varsinaista retkahdusta; taitekohdat ovat vain siirtymistä olomuodosta toiseen samassa addiktio-maailmassa. Vasta tietyssä addiktion kehitysvaiheessa muutetaan käytöstä pois addiktiomaailmasta. Teen tämän erottelun siksi, että monet asiakkaat syyttävät itseään suotta retkahtamisesta vaikka sellaisesta ei olisikaan ollut kyse.

Näiden lisäksi olen kääntänyt englanninkielisen sanan abstinence **raittiudeksi** [abstinence: pidättyvyys, kohtuullisuus, raittius (Hurme, Pesonen, Syväoja 1993)]

### 1.3 Tutkimuksen lukujen keskeiset sisällöt

Aloitan tutkimukseni johdattelulla aiheeseen, jossa myös pohdin käytettyjä käsitteitä. Katson sen välttämättömäksi, jotta ajattelutapani tulisi lukijalle selvemäksi.

Seuraavaksi siirryn tarkastelemaan tämän tutkimuksen taustalla olevaa ihmiskäsitystä, joka on läsnä koko ajan empiirisessä osassa. Tämä siksi,

että ihmiskäsitys tulee joka tapauksessa määritellyksi tutkijan hypoteesien ja menetelmien kautta (Rauhala 1989, 12).

Tämän ihmistutkimuksen keskeisenä elementtinä on James Prochaskan ja Carlo DiClementen kehittämä transteoreettinen malli, josta käytän lyhennettä TTM. Sitä tarkastelen kolmannessa luvussa. Neljännessä luvussa siirryn empiiriseen osaan, jossa tavoitteena on selvittää laitospäihdehoidossa olevien asiakkaiden taustatietojen ja päihteiden käyttöä koskevien tietojen yhteyttä heidän muutosvalmiuteensa. Kysymyksenä on ennakoiko muutosvalmius hoidon jatkuvuutta. Viidennessä luvussa selvitän mitkä tekijät olivat yhteydessä muutosvalmiuteen ja sen suhdetta hoidon jatkuvuuteen. Kuudennessa luvussa pohdin saatuja tuloksia ja niiden yhteyttä ihmiskäsitykseen. Samalla teen myös ehdotuksia tutkimuksen pohjalta Kankaanpään A-kodin ja ehkä koko päihdehuoltomme kehittämiseksi.

## 2. TUTKIMUKSEN TAUSTALLA OLEVA IHMISKÄSITYS

### 2.1 Ihminen tutkimuksen kohteena

*” Kun kohtaan toisen ihmisen, koen suuren määrän aistittavia yksityiskohtia. Tästä moninaisuudesta valikoituu vain muutamia piirteitä käsitykseeni tästä ihmisestä. Näin esimerkiksi opettajien käsitykset samasta oppilaasta saattavat muodostua hämmästyttävän erilaisiksi.” (Turunen ym. 1994, 83)*

Ihmistieteellisessä tarkastelussa 'ihmisen probleemi' on ollut keskeisessä asemassa kautta aikojen. Diogenes kulki tarinan mukaan Ateenan ihmisiä täynnä olevilla kaduilla lyhty kädessään ja kertoi etsivänsä ihmistä. Hänen etsintänsä, tarpeensa tekemiset kaduilla ym. oheistoiminnot herättivät kummeksuntaa ja paheksuntaa aikalaisissaan. Ongelman keskeisyyttä kuvaa erinomaisesti Immanuel Kant todetessaan, että kaikki filosofian ongelmat palautuvat lopulta kysymykseen: "Was ist der Mensch" ; Mitä ihminen on?<sup>3</sup>

---

3

Immanuel Kant kysyi kirjassaan Kritik der reinen Vernunft (A1781/B1787) kolme lisäkysymystä, jotka kerivät auki ongelmaa : Mitä on ihminen? Nämä lisäkysymykset olivat a) Mitä voin tietää? eli tietoteoreettinen taso b) Mitä minun pitää tehdä? eli eettis-moraalinen taso ja c) Mitä saan toivoa? eli teologis-historiallinen taso.

## 2.2 Lähtökohdat

Useimmat erityistieteet ovat historiansa kuluessa kehittyneet filosofisen ajattelun pohjalta.

*”...filosofia asettaa tehtävänsä ja tavoitteensa toisin kuin erityistieteet. Filosofian pyrkimykselle on katsottava tunnusmerkilliseksi universaalisuus ja totaalisuus...Ihminen kokonaisuudessaan on siten nimenomaan sen filosofisen tutkimusalan kohteena, jota nykyään nimitetään filosofiseksi antropologiaksi.”* (Krohn 1990, 27).

Lauri Rauhala puhuu mahdollisimman yleisluonteista ilmaisua tavoitellen vain ihmisen ongelman filosofisesta analyysistä eikä filosofisesta antropologiasta, koska myös muunlaista ihmistä koskevaa filosofiaa on olemassa, jota sen harjoittajat eivät kutsu filosofiseksi antropologiaksi. (Rauhala 1989, 14)

Ihmistieteellinen tutkimus ihmisestä perustuu ihmisen ongelman ontologiseen analyysiin, jonka tuloksena saadaan ihmiskäsitys, joka suuntaa koko tulevaa tutkimusta. Analysoidessamme ihmisen ongelmaa joudumme kysymään, miten ihminen on olemassa eli miten hän on reaalistunut, todellistunut silloin kun hän tulee ihmistieteissä tutkimuksen kohteeksi (Rauhala 1989,26).

Ihmistä koskevan filosofisen, ontologisen analyysin tuloksena saadaan ihmiskäsitys, jolla tarkoitetaan kaikkia niitä tutkimuskohdetta ihminen koskevia edellyttämiä ja olettamisia, jotka ovat mukana tutkijan rajatessa kohteensa, asettaessa hypoteesinsa ja valitessa menetelmänsä.

Empiiriset ihmistieteet antavat omilta aloiltaan osittaiskuvauksia ihmisestä, joista on syytä käyttää yleisnimeä ihmiskuva erotukseksi ihmiskäsityksestä. (Rauhala 1989, 16)

Ihmiskäsityksen ja ihmiskuvan suhde ei ole kilpaileva. Ne eivät voi korvata toistaan. Kummallakin on kokonaisselvityksessä oma erityistehtävänsä. Ihmiskäsitys on ihmiskuvan muodostukselle heuristinen l. herätteitä antava ja ihmiskuva puolestaan voi velvoittaa modifoimaan ihmiskäsitystä. (Rauhala 1989, 19)

Ihmiskuva on pyrkimystä niin arvovapaaseen kuvaan ihmisestä kun se on mahdollista. Ihmiskäsitys taas muodostuu ihmistä koskevista tiedoista ja arvoista. Ero voidaan tiivistää toteamuksella, että ihmiskäsitys on filosofinen käsite. Ihmiskuva taas on empiiriseen tietoon liittyvä käsite (Niemelä 1999, 37; Rauhala 1983, 13-14)

Tämän tutkimuksen ihmiskuva liikkuu lähinnä psykologian, sosiaalipsykologian ja sosiaalityön viitekehyksissä.

## 2.3 Ihmisen olemismuodot

Rauhalan mukaan ihmisen olemismuodot on otettava täysimääräisesti huomioon. Kutakin olemismuotoa on kuvattava ja selitettävä sen oman olemismuodon perusstruktuuria vastaavasti. Tämä ei kuitenkaan sinällään riitä, vaan ihminen on aina nähtävä ensisijaisesti ykseytenä, kokonaisuutena. (Rauhala 1989, 24).

Rauhalan analyysin mukaan mukaan ihminen todellistuu vähintään kolmessa olemassaolon perusmuodossa:

**Kehollisuus** (olemassaolo orgaanisena tapahtumana)

**Tajunnallisuus** (olemassaolo psyykkis-henkisenä olentona)

**Situationaalisuus** (olemassaolo suhteessa elämän-  
tilanteeseensa, elämäntilanteisuutena).

Ainakin näissä olemisen perusmuodoissa täytyy Rauhalan mukaan todellistua sen olennon, jota kutsumme ihmiseksi. Tämä ihmiskäsitys on holistinen, mikä tarkoittaa, että ihminen on ensisijaisesti aina kokonaisuus, joka on laadullisesti jotakin muuta kuin mikä voidaan tavoittaa osia yhdistelemällä. Ihminen on ykseys erilaisuudessa. (Rauhala 1989, 24)  
Kutakin olemuspuolta voidaan ja pitää tutkia myös erikseen, mutta vasta niiden vastavuoroinen yhteenkietoutuneisuus tekee persoonan kokonaisuuden käsitettäväksi. (Rauhala 1990b, 156-157)



Ihmisen tutkimuksessa kokonaisuuden korostaminen ei ole uusi asia, Suomessa Erik Ahlman (mm. Ahlman 1992) ja Sven Krohn (mm. Krohn 1967, 1981, 1989, 1990) ovat osoittaneet perustaa tällaiselle tutkimukselle ja Lauri Rauhala (mm. 1983, 1985, 1988, 1989, 1990a, 1990b, 1992, 1993, 1997, 1998) on tehnyt ratkaisevan perustyön sen tutkimuksellistamisessa.

## **2.4 Ontologinen analyysi**

Empiirisellä tutkimuksella on aina jokin kohde. Mikään empiirinen tutkimus ei kuitenkaan luo kohdettaan tyhjästä, vaan se kuvaa ja selittää jotakin siitä ilmiöstä, joka on jo lähtökohdissaan edellytetty jonkinlaisena olemassa olevaksi (Rauhala 1989, 10).

Tutkittavan erityislaadun tunnistaminen edellyttää sen olemassaolotavan erittelyä, ontologista erittelyä (analyysiä). Luonnon ilmiöt ja oliot ovat olemassa omalla tavallaan, ihminen omalla tavallaan ja kaikki nämä voivat tulla tutkimuksen kohteeksi. Siihen, millaiseksi tutkittava ilmiö on edellytetty, ei empiirisen tutkimuksen omien menetelmien avulla voida antaa vastausta, koska tutkimus kietoutuu aina johonkin ennakko-oletukseen.

Tutkimuskohteet paljastuvat tutkimukselle ainoastaan silloin, kun niiden oma olemassaolotapa on otettu tutkimuksen lähtökohdaksi ja tästä on tehty selviä olettamuksia. Tässä esimerkki, jonka ajatus on lainattu Rauhalalta: Henkilö lähtee Tampereen tuomiokirkkoon selvittämään mitä Hugo Simbergin maalaus "Haavoittunut enkeli" oikeastaan on. Hän ei ennalta analysoi, mitä

tutkimuskohde olisi. Hän olettaa tarvitsevänsä rullamittaa ja vaakaa. Erittäin tarkkojen empiiristen mittausten keskiarvona hän saa tuloksen: esim. "Haavoittunut enkeli" on 154,36x283,72 cm ja vaikeasti punnittavissa, koska kyseessä on fresko. Tutkija on tässä tapauksessa edellyttänyt kyseessä olevan fyysisen kappaleen. Muunlaisia tuloksia ei tutkija käyttämillään menetelmillä saa kohteestaan, vaikka hän kuinka sitkeästi jatkaisi tutkimustaan ja yhä uudelleen kysyisi, mitä "Haavoittunut enkeli" on. Olennaisin asia, se että "Haavoittunut enkeli" on taideteos, jää tavoittamatta. Empiirisen tutkimuksen lähtökohdissa onkin aina kysyttävä,

*"--mitä on perusluonteeltaan se olevainen, jota kulloinkin  
empiirisesti on tutkittava ja tutkitaan, sekä millaisia  
kuvauskategorioita ja käsitejärjestelmiä sen olemus edellyttää.  
Tämä selvitys suoritetaan rationaalisen filosofisen ajattelun avulla."  
(Rauhala 1989, 11.)*

Ontologinen analyysi tulee aina tehdyksi, riippumatta siitä tiedostaako tutkija tämän tarpeellisuutta vai ei. Sen tekevät tutkijan puolesta siinä tapauksessa hänen hypoteesinsa ja menetelmänsä, kuten esimerkissä tapahtui.

## **2.5 Mitä ihminen on ?**

Ihmisen ongelman ontologisen analyysin tuloksena saadaan ihmiskäsitys. Tämä on käsitys siitä, mitä ihminen on, kuinka ihminen voidaan erottaa muista ilmiöistä ja olioista ja mitkä ovat ne ihmiselle tyypilliset piirteet, joita ei voida ohittaa ihmisestä puhuttaessa.

Eri aikakausina on syntynyt hyvin erilaisia ihmiskäsityksiä, koska "filosofitkin ovat olleet vain ihmisiä, jotka ovat paneutuneet tähän kysymykseen erilaisten kulttuurien paineissa, eri aikakausina, erilaisten muiden näkökulmien ja tavoiteasetelmien suuntaamina." (Rauhala 1988, 193) Kokonaiskuvan saamiseksi voidaan esittää erilaisista ihmiskäsityksistä seuraava skemaattinen luettelo. Rauhalan mukaan se tosin on ehdottomassa ja toisensa poissulkevassa muodossa tulkittuna vanhanaikainen:

**Monistiset ihmiskäsitykset.** (kr.monos = yksinäinen, ainoa.)

Ihminen voidaan ymmärtää yhden ainoan olemisen muodon pohjalta (esim. Materialian tai hengen).

**Dualistiset ihmiskäsitykset.** (lat.duo = kaksi.)

Ihmisen olemassaolossa edellytetään kaksi substanssia: Sielu (henki, mind) - ruumis (keho, body).

**Pluralistiset ihmiskäsitykset.** (lat.pluralis = monia koskeva.)

Ihmisen edellytetään reaalistuvan monenlaisina osajärjestelminä, joilla on oma rakenteensa ja tehtävänsä sekä siten suhteellinen itsenäisyytensä.

**Monopluralistiset ihmiskäsitykset.** (lat. monos + pluralis.)

Ihmisen olemassaolossa katsotaan olevan perusluonteista erilaisuutta, jota ei voida redusoida eli palauttaa yhdestä olemismuodosta toiseen, mutta ihminen on silti holistinen ykseys. (Rauhala 1989, 21-24)

Rauhalan käsityksen mukaan ihminen on ykseys erilaisuudessa, monopluralistinen, jonka kokonaisuus on otettava aina huomioon.

Tämä tutkimus perustuu Lauri Rauhalan eksplikoimaan monopluralistiseen, ”hyvin perusteltavissa olevaan holistiseen” ihmiskäsitykseen. Rauhala käyttää ihmiskäsityksestä myös nimeä persoonakäsitys. (esim. Rauhala 1998, 156) Holistinen tulee kreikan sanasta *holos*, joka tarkoittaa kokonaista. Se merkitsee, että ”sen osien ominaisuudet ja toimintatavat käsitetään kokonaisuutta hallitsevista laeista lähtien. Kokonaisuus ikään kuin käy osiensa edellä.” (Wright 1987, 48)<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Kari Lagerspetz määrittelee Biologisen ihmiskäsityksen (Rauhala luultavasti puhuisi ihmiskuvasta ihmiskäsityksen sijaan) seuraavasti:

1. Ihminen on luonnon osa
2. Kaikki henkiset olennot ovat biologisia olentoja.
3. Ihmisen synty on luonnossa vallitsevien yleisten lainalaisuuksien seuraus.
4. Ihminen ja muut organismit ovat ilmiöitä, prosesseja, joilla on alku ja loppu.
5. Ihminen on yksi eläinlaji.
6. Filosofinen materialismi.

Tämän Lagerspetzin määrittelemän ihmiskäsityksen mukaan pidetään kaikkia henkisiä olentoja biologisina. Mitä kutsutaan hengeksi ei katsota voivan olla olemassa ilman aineellista perustaa, elävää eliötä. Koska aineettomia henkiä ei biologisen ihmiskäsityksen mukaan ole olemassa, ihminen ei näin ollen voi olla Jumalan luoma vaan on kehittynyt luonnossa yleisesti vallitsevien lainalaisuuksien vaikutuksesta. (Lagerspetz 1989, 212-213).

Rauhalan holistinen ihmiskäsitys ei sulje pois tällaista mahdollisuutta, päinvastoin ”...perusolettamukseksi on katsottu se, että tajunta edellyttää aivoja. Emme tunne mitään aivotonta oliota, jolla olisi todettavissa kokemuksellisuutta.” (Rauhala 1998, 39) Lagerspetz luonnehtii holistista ihmiskäsitystä filosofiseksi agnostisismiksi, joka jättää epäbiologisen henkimaailman ikään kuin mahdollisuudeksi. (Lagerspetz 1998, 220) Käsitys tuntuu oikeutetulta. Emme pysty tieteen keinoin todentamaan ”jumalan” olemassaoloa, kuten emme myöskään olemattomuuttakaan. Emme tiedä asiaa. Kuitenkin olemassaolon esittäjällä on ”todentamisvelvollisuus”, että väite kuuluisi tieteen piiriin. Väite ”Jumala on olemassa” on todistettava tieteellisesti, että se voisi tulla tieteen piiriin. Sen sijaan tunne siitä, että ”Jumala on olemassa” voi olla totta, tunne on ”totta” ja se tietenkin on tieteen piirissä, vaikkakaan sitä ei voida eksaktin mitattavasti tutkia.

## 2.6 Ihmisen todellistumisen tavat

Rauhalan analyysin mukaan ihminen todellistuu vähintään kolmessa olemassaolon ontologisessa perusmuodossa, jotka ovat jo aiemmin olleet esillä.<sup>5</sup> Ihmisen olemassaolo jäsentyy näiden tapojen mukaan. Ihminen on erityisesti ihminen sen perusteella, että hän on **tajunnallisesti** (psykykkis-henkisesti) olemassa, mikä leimaa ihmisen koko olemassaoloa (vrt. Aristoteleen käsitystä; ihmisen tärkein erityispiirre muihin kuun alapuolisen maailman elollisiin oliolajeihin verrattuna on järjellisyys). Ihmisen muut olemassaolon tavat tulevat ymmärretyksi juuri tajunnallisuuden kautta.

Tajunta on inhimillisen kokemisen kokonaisuus. Sen perustavanlaatuinen rakenne on mielellisyys. Tällä tarkoitetaan, että tajunnallisuus kehkeytyy

<sup>5</sup> Jorma Niemelä väitöskirjassaan "Usko, hoito ja toipuminen-tutkimus kääntymyksestä ja kristillisestä päihdehoidosta" jakaa tajunnallisuuden Rauhalan tarkoittamassa mielessä, tajunnalliseen eli psykykkiseen ja henkiseen olemismuotoon. Hän sanoo sen olevan tärkeää "myöhemmän teorian kehittelyn kannalta", sillä "ihmisen henkiseksi sfääriksi määritetty tässä ajattelussa ihmisen todellistuminen kokonaispersoonana moraalin, luovuuden ja hengellisyyden kautta." (Niemelä 1999, 38-39). Niemelän tutkimuksessa kuolemattomasta sielusta "valitun käsitteiden käyttötavan mukaan on syytä puhua henkisen hengellisestä ulottuvuudesta, hengellisestä hengestä." Rauhala puolestaan sijoittaa mahdollisen kuolemattoman sielun situaationaalisuuden piiriin. "Situaation rajoja ei kuitenkaan ole ... rajoitettu maalliseksi, vaan on sanottu sen olevan kaikkea sitä, mihin ihminen voi olla suhteessa. Situaatiorajat määräytyvät aina tajunnallisuudesta ja kehollisuudesta käsin. Mikään ihmisen olemassaolon kannalta ulkopuolinen valta tai voima ei niitä määrää... Situaatiorajien tämän osan objektiivisesta rakenteesta emme kuitenkaan voi ainakaan nykyvaiheessa mitään tietää; siitä voidaan vain jotakin uskoa." (Rauhala 1989, 66-67) Niemeläkin toteaa ettei sielun kuolemattomuus ole tieteen keinoin selvitettävissä. Se jää kirjaimellisesti uskon asiaksi. (Niemelä 1999, 45)

mielen ilmenemisessä. Mieli ilmenee tai koetaan jossain tajunnan tilassa eli elämyksessä; tällaisia ovat mm. havaintoelämys ja tunne-elämys.

Havainnoissa ilmenee havaintokohteen mieli, esim. esineen muoto tai väri, tunteen kohdalla hyvä tai pelottava, uskon kohdalla harhanomainen tai luotettava. Elämys ja mieli ovat tajunnallisen tapahtumisen perusyksiköitä. Tajunnan erittelevä voi lähteä vain tällaisista perusyksiköistä. (Rauhala 1989, 29-32)<sup>6</sup>

Kun mieli asettuu tajunnassamme suhteeseen johonkin objektiin, siten että ymmärrämme tuon objektin mielen avulla, syntyy merkityssuhde.

Merkityssuhteet saattavat olla vääristyneitä, virheellisiä, mutta silti ne ovat merkityssuhteita. Psyykkiset häiriöt ovat merkityssuhteita, ne ovat asianomaisen itsensä tai muiden kannalta epäsuotuisia merkityssuhteita. (Rauhala 1989, 29-32)

---

<sup>6</sup> Maailmankirjallisuudessa parhaita addiktion kuvauksia on Dostojevskin romaanissa "Pelurit". Addiktion henkisen olemuksen kietoutuneisuutta hän kuvaa seuraavasti: "Mutta jostakin kummallisesta päähänpistosta, huomattuani, että punainen oli tullut perätysten seitsemän kertaa, takerruin siihen kuin kiusallani. Olen vakuuttunut, että siihen vaikutti puolittain turhamaisuus; minua halutti hämmästyttää katselijoita mielettömällä uhkapelillä, ja – merkillinen aistimus – muistan selvästi, että minut tosiaankin, ilman itserakkauden hiventäkään, valtasi äkkiä hirvittävä vaarasta piittaamaton kiihko. Kenties sielu, koettuaan perätysten monta elämystä ei saa kyllikseen, vaan ainoastaan kiihottuu ja vaatii lisää elämyksiä, yhä väkevämpiä, yhä voimakkaimpia, kunnes lopullisesti turtuu. En totisesti valehtele: jos pelisäännöt olisivat sallineet asettaa viisikymmentätuhatta floriinia yhdellä kertaa, olisin varmasti tehnyt sen. Ympärilläni huudettiin, että olin mieletön: punainenhan oli tullut jo neljätoista kertaa! –Herra on voittanut jo satatuhatta floriinia, kuuluvi viereltäni jonkun ääni. Heräsin yhtäkkiä. Kuinka? Olin voittanut sinä iltana satatuhatta floriinia! Mitä minä enemmällä? Kävin seteleiden kimppuun, sulloin niitä taskuihini laskematta, kahmin kaiken kullan, kaikki kolikkokääröt ja poistuvin juoksujalkaa kasinolta." (Dostojevski 2001, 177-178)

Epäsuotuisia merkityssuhteita pyritään ”uudelleen muokkaamaan” kielen avulla.

*”Psykoanalyysissa kieli voi olla psykoanalyysin kieli, sielunhoidossa uskonnon kieli, sosiaalityössä yhteiskuntaa, ihmissuhteita ja/tai psyykkistä tapahtumista jäsentävä kieli...AA:ssa se voi olla AA:n käsitejärjestelmä, kahden ihmisen toisiaan tukevassa keskustelussa tavallinen maallikkokieli.”* (Niemelä 1999, 65)

Ihminen on olemassa myös **kehollisesti**, sillä ihmisen elävä keho on yksilöllinen ja sellaisena määrää jokaista ihmistä eri tavoin; ihmisen paikka maailmassa on aina se, missä hän on kehona, eikä siinä voi olla kukaan muu. Yksilöllisyys muodostuu juuri kehollisuuden vuoksi. Tähän kuuluu koko se elimellinen todellisuus, jossa ihminen on kehollisesti osallisena. Kehollisuus tapahtuu aineellis-orgaanisessa lähivaikutuksessa. Mikään siinä ei ole mielellistä. Kaikki kehollisuudessa on elimellistä ja orgaanista. Esim. Aivot toiminta on ymmärrettävissä elektro-kemiallisina prosesseina (Rauhala 1989, 32-34)<sup>7</sup>

Jyri Puhakainen osallistuu ”aivotutkimus” -keskusteluun ja väittää, että suhtautuminen alkoholismiin sairautena ja selitykset sen aivoperäisistä ja

---

<sup>7</sup>Kehollisuuden yhteenkietoutuminen ihmisen muiden tasojen kansaa tulee ilmi Dostojevskillä seuraavasti: ”Olin kuin kuumeessa ja siirsin koko tuon rahakasan punaiselle – ja äkkiä säpsähdin! Ainoastaan kerran koko sinä iltana, koko pelin aikana, pelko lävisti sisinpäni kylmänä viimana ja heijastui vavahteluna käsissäni ja jaloissani. Kauhistuneena ymmärsin silmänräpäyksessä, mitä merkitsi minulle häviö! Pöydällä oli panoksena koko elämäni!” (Dostojevski 2001, 174)

geneettisistä syistä peittää alkoholin käyttöön liittyvät ydinkysymykset:

”Onko ihminen elämästään vastuussa oleva moraalinen toimija vai aivokemian uhri?” (Puhakainen 1998, 81-84) Sen sijaan biolääketiede lähestyy ihmistä kehollisesti:

*”...psyhyken sairauksissa on pohjimmiltaan kysymyksessä hermoston toiminnan häiriö – useimmiten luonteeltaan biokemiallinen. Jos tämä häiriö onnistutaan korjaamaan sopivan lääkeytyksen avulla, on sairauskin jäännöksettä parannettu.”* (Kaila 1985, 132)

Ihmisellä on myös tietty asema, jossa hän on osana hyvin monenlaisia yhteyksiä, suhteita ja todellistumisen muotoja. Näitä hän voi osittain itse määrätä (ammatti, perhe, asuinpaikka), mutta osa on kohtalonomaisesti määrätty (rotu, ulkonäkö, vanhemmat, sukulaiset). Tämä on ihmisen **situationaalisuutta**.

Heikki Rinne lähestyy alkoholiongelmaa yhteiskunnallisesta (situationaalisesta) näkökulmasta:

*”Alkoholinkäytön lisääntyessä haitat yleensä kasvavat. Mitä enemmän ihminen juo, sitä tuntuvammat ovat haitat. Samoin kuin törmätessä autolla hiljaisella vauhdilla tulee pintanaarmuja, mutta esimerkiksi 160 kilometrin tuntivauhdissa törmäys tappaa turvavöistä huolimatta. Kuitenkin kaikkina aikoina joukossamme tulee elämään juoppoja. Tuudittautuminen terapoinnin kaikenratkaiseviin tutkimusharhoihin ei edistä juopon työhön*



*sijoittumista.” (Rinne 1980, 9)*

Situationaalisuudella tarkoitetaan ihmisen kietoutuneisuutta todellisuuteen oman elämäntilanteensa kautta ja mukaisesti. Tämä kietoutuneisuus tekee ihmisestä sen, mitä tämän kietoutuneisuuden rakennetekijät edellyttävät: situaatio rakentuu kohtalonomaisista ja itsevalituista tekijöistä. Tähän kuuluu jako myös konkreettisiin ja ideaalisiin tekijöihin. Edellisiä ovat esim. luonto kaikissa suhteissa, rakennettu ympäristö ja muu eliöllinen todellisuus, jälkimmäisiä esim. arvot, uskonto, taide, ihmissuhteet. Nämä muodostavat ihmisen elämän tosiasiallisuuden (faktisuuden), jolla tarkoitetaan annettua todellisuutta:

*” Ihmisessä kaikki hänen olemassaolonsa ulottuvuudet  
tajunnallisuus, kehollisuus ja situationaalisuus läpäisevät  
vastavuoroisesti koko ajan toisensa ja modifioivat samalla  
toistensa olemassaolon ehtoja. Tämän dialektiikan johdosta  
ihminen on jatkuvasti toiseksi tulemisen tilassa.” (Rauhala  
1998, 29)<sup>8</sup>*

---

<sup>8</sup> Tampereen Teatterikesässä 2002 Kuopion kaupungin teatteri esitti Ludvig Holbergin (1684-1754) komedian ”Jeppe Niilonpoika” Antti Raivion ohjauksena. Näytelmässä esitettiin klassiseksi muodostunut kysymys ”Miksi Jeppe juo?” Jepen juomisen taustalta löytyvät vaimo Nilla, joka heiluttelee ruoskaansa ”mestari eerikiä”, paroni, vouti, napalanko lukkari. Jopa Jaakko-kapakoitsija, joka oli ollut kurja raukka rintamalla ja selvinnyt täpärästi hirttotuomiolta. Jeppe sen sijaan oli ollut urhea sotilas jota nyt kukaan ei enää muistanut. Jepen juomisen syyt paljastuvat: sota, sorto ja ihmisen häpäiseminen. Näkökulma on selvästi situationaalinen, joka puolestaan vaikuttaa tajunnallisuuteen ja jopa kehollisuuteen hikoilemiseen kaikkineen. (Holberg 1961)

*Muutos on siis välttämätön.* Rauhala nimittää tätä käsitystään hyvin perusteltavissa olevaksi holistiseksi ihmiskäsitykseksi.

## **2.7 Tajunnallisuus ihmisen olemassaolon muotona**

Tajunta on se ihmisen todellistumisen tapa, jossa ihminen voidaan kohdata niiden merkitysten kautta, jolla tämä kokonaisuus muodostuu. Ihmisellä on aina kokonainen maailmankäsitys, jonka tajunnallisuus on jäsentänyt, ja tämä maailmankäsitys on merkitysyhteys. Ihmisellä on historia tajunnallisuuden vuoksi ja kulttuuri on elämaailman historia.

Tajunnallisuudessa kaikki muu, kehollinen kokeminen, situationaalisuus, koko tosiasiallisuus saa merkityksensä. Uusi jäsentyy jo jäsentyneeseen. Kerran jäsentynyt toimii kokemisen, tietämisen ja jäsentämisen horisonttina. Rauhala sanoo seuraavasti:

*”Perusteelliset tajunnan analyysit osoittavat merkityssuhteiden organisoituvan siten, että uudet mielen ilmentymät suhteutuvat jo olemassa olevaan tiedettyyn ja tunnettuun kokemusperustaan. Vanha kokemustausta toimii ymmärtämysyhteytenä, johon suhteutuen uusi mieli organisoituu merkityssuhteeksi...*

*Tajunnallinen tapahtuminen on siten sen oman historian varassa etenevää ja tätä historiaansa jatkuvasti kartuttavaa merkityssuhteiden organisoitumista. Tajunnallisen tapahtumisen historiallinen luonne tekee käsitettäväksi sen, miten kaikki sen piirissä harjoitettava muutokseen tähtäävä toiminta, kuten kasvatus, ja opetustyö, psyykkisten häiriintymien oikaisu psykoterapiassa,*

*kaikkinainen asennemuokkaus, valistustyö jne., etenee - kuten meistä usein tuntuu - kovin hitaasti. Tajunnasta ei voida ottaa pois eikä sinne voida panna mitään esinemäisessä mielessä, vaan kaiken täytyy tapahtua ymmärtämisen kautta. Merkityssuhteet, joita sinne spontaanisti tai erilaisten vaikuttavien toimenpiteiden ansiosta syntyy, ovat luonteeltaan erilaisia, esim. tietoa, tunnetta, uskoa, intuitiota, unta, harhaa jne." (Rauhala 1989, 39)*

Varteenotettavan tutkimuksen, joka pyrkii tavoittamaan ihmisessä oleellisen, siis merkityksiä, täytyy ymmärtää sekä ihmisen tapaa ymmärtää että sitä tapaa, jolla merkityssuhteet yleensä rakentuvat.

## **2.8 Ykseys erilaisuudessa**

Holistisuuden idea edellyttää, että ihmistä tarkastellaan ja koetetaan ymmärtää tämän kolmiosaisen perusrungon muodostamassa **situationaaliseksi säätöpiiriksi** nimitettävässä kokonaisuudessa.

Tajunnallisuus situationaalisen säätöpiirin yhtenä perustekijänä on siinä mielessä muita tärkeämpi, että sen avulla tehdään tietoiset valinnat. Nämä ihmisen todellistumisen tavat ovat niukin jako, joka ilmeisen varmasti on tehtävä ontologisessa analyysissä ihmistä tutkittaessa.

Alla oleva tyypittelevä taulukko selventänee tämän tutkimuksen taustalla olevaa ihmiskäsitystä. Se pyrkii havainnollistamaan kuinka ”sama” ongelma voi näyttäytyä eri olemispuolissa.

**Taulukko 1. *Holistisen ihmiskäsityksen dimensioita.***

| TAJUNNALLISUUS                    | KEHOLLISUUS                               | SITUATIONAALISUUS             |
|-----------------------------------|---|-------------------------------|
| tajunta                           | keho                                      | suhteet                       |
| merkitysongelma                   | sairaus                                   | sosiaalinen ongelma           |
| pelko<br>ihmissuhteissa           | lihaskouristus                            | epävarmuus                    |
| rakkaus                           | lihallisuus<br>tiettyjen hormonien erityy | parisuhde-konventio           |
| alkoholin himo                    | maksakirroosi,<br>alkoholismi-sairaus     | poissaolo työstä              |
| addiktion<br>ahdistus, tuskaisuus | vieroitusoireet                           | sosiaalinen<br>eristäytyminen |
| toivo                             | homeostaasi                               | kuoleman jälkeinen<br>elämä   |

Addiktiivinen ihmisen toiminta on kokonaisvaltaista, jonka merkitykset muodostuvat ihmisen koko elämismaailmasta. Siksi adekvaatin addiktio tutkimuksen onkin aina otettava ihmisen holistisuus täysimääräisesti huomioon.

Seuraavaksi tarkastelen ihmisen yhtä osa-aluetta eli ihmisen muutoshalukkuutta toipumiseen addiktiivisesta toiminnasta.

### 3. AIEMPI MUUTOSHALUKKUUDEN TUTKIMUS

Vaatimukset ihmisen addiktiivisen käyttäytymisen muutoksen mallille ovat mittavat: mallin täytyy olla sopiva kaikenlaisen addiktiivisen käyttäytymisen tutkimiseen, kyettävä dokumentoimaan muutoksen hoitoa eri metodeilla mukaan lukien spontaani muutos. Sen on kytkeydyttävä yksilöiden kokemuksiin ja sen on oltava käyttökelpoinen mahdollisten hoitojen suunnittelussa. Siis lyhyesti ilmaistuna: hyöty, ekonomia, selitysvoima, innovatiivisuus (heuristisuus) ja sillä tietenkin on oltava empiirinen tuki. (Rychlak 1968) Niiniluodon mukaan teoreettisella mallilla tarkoitetaan hypoteesien joukkoa, joka muistuttaa teoriaa, mutta ei kuitenkaan pyri olemaan yhtä tarkka. (Haaparanta & Niiniluoto 1986, 27)

Addiktiivinen käyttäytyminen on prosessi, jolla on alku ja loppu. Osa addikteista lopettaa addiktiivisen päihteiden käytön eläessään. Bill Wilsonin, Alcoholics Anonymousin eli AA:n perustajajäsenen elämäntarina antaa kuvauksen addiktion prosessinomaisesta luonteesta.

*”Hänellä oli myös salakavala vihollinen, alkoholi, vaikkei se vielä ollut selvä ongelma. Juomisen tapa oli kuitenkin jo saanut perustansa. Juominen oli usein liiallista ja siihen liittyi toisinaan kummallista käyttäytymistä ja muistinmenetyksiä.”*

(Anna sanan kiertää – Bill Wilsonin...s.49)

Kysymys addiktiivisen käyttäytymisen synnystä jää osittain avoimeksi, samoin kysymys addiktiivisen persoonallisuuden olemassaolosta. Ainakin addiktoivaa ainetta käyttämällä tullaan addiktiksi, kuten Bill Wilsonilla

tapahtui. Siispä joutuminen addiktiomaailmaan on prosessi ja myös siitä toipuminen on prosessi.

### 3.1 Kehittyvä muutosmalli

James Prochaskan ja Carlo DiClementen kehittämä *Transtheoretical Model of Change* (TTM) tarjoaa evidenssiin perustuvan mallin yksilön käyttäytymisen muutoksen tarkastelulle. Mallia on käytetty eri riippuvuuksien hoidoissa (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992) ja eri terapioissa (Prochaska, 1979). Alunperin se kehittyi menestyksellisestä tupakoinnin lopettamiseen tarkoitetusta terapiasta (DiClemente, 1978; Prochaska & DiClemente, 1982, 1984).

TTM:iin kuuluu kolme teoreettista konstruktia:

- 1) Muutosvaiheet (stages of change)
- 2) Muutosprosessit (processes of change)
- 3) Muutoksen tasot (levels of change)

**1) Muutosvaiheet** edustavat TTM:n muutoksen dynaamista ja motivationaalista aspektia; niillä jaetaan muutos viiteen merkitykselliseen vaiheeseen:

a. Esiharkintavaiheelle (precontemplation) on ominaista ettei asianomainen ole tietoinen mahdollisen ratkaisua vaativan ongelmansa luonteesta ja laajuudesta tai on haluton muuttamaan ongelmallista käyttäytymistään, vaikka saattaakin toivoa jollain tasolla muutoksen

tapahtumista. Hänellä ei ole tarkoitusta siirtyä toiminta-vaiheeseen.

Muutospaineet ovat toisista ihmisistä lähtöisin. Tälle vaiheelle on tyypillistä ongelman vähättely ja kieltäminen eikä siihen sisälly sitoutumista muutokseen.

b. Harkintavaiheessa (contemplation) ihminen on tietoinen ongelmansa olemassaolosta ja pohtii vakavasti muutosta, punnitsee mahdollisen ratkaisunsa etuja ja haittoja, mutta ei ole vielä valmis muutokseen. Hän ehkä tekee sen tulevaisuudessa. Harkintavaihe voi kestää pitkään ja asianomainen voi jäädä kiinni tähän vaiheeseen. Ongelman ratkaisun vakava harkinta on keskeinen asia tässä vaiheessa, mutta vielä ei ole halua sitoutua muutokseen.

c. Valmistautumisvaiheessa (preparation) ihminen jatkaa puntarointiaan, mutta on jo päättänyt muutoksen kannalle ja sitoutuu alustavasti panemaan päätöksen toimeen lähitulevaisuudessa (lähimmän kuukauden aikana). Näkyvänä erona on pienet muutokset käyttäytymisessä harkintavaiheeseen nähden.

d. Toimintavaihe (action) saattaa olla seurauksena edellisestä; sen aikana pannaan toimeen päätös muutoksesta, ryhdytään käytännön toimiin. Ryhdytään käsittelemään ongelmaa sekä psyykkisellä että käytännön tasolla tilanteen muuttamiseksi. Keskeinen asia tässä vaiheessa on toiminnan muutos ja sitoutuminen tehtyyn päätökseen ja muutokseen. Tämä vaihe kestää 3 - 6 kuukautta. (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992; DiClemente & Prochaska, 1998))

e. Ylläpitovaihe (maintenance). Jos henkilö pystyy toteuttamaan suunnitelmaansa menestyksellisesti 3-6 kuukautta (DiClemente &

Prochaska, 1998) hän siirtyy ylläpitovaiheeseen, jossa muutostulosten on integroiduttava hänen elämäntyyliinsä. Jossain vaiheessa uusi elämäntyyli saattaa olla kokonaan integroitunut hänen elämäntapaansa ja henkilö voi lopettaa tämän muutosprosessin (DiClemente & Prochaska, 1998).

Kuudentena vaiheena voisi olla päättymisvaihe (termination), mutta se ei nivelly suoraan yhteen muiden vaiheiden kanssa. (Prochaska, Redding.& Evers, 1997)

Liike ei tarvitse olla suoraviivaista esiharkinnasta ylläpitoon, vaan sitä luonnehtii pikemminkin spiraalimaisuus. Retkahdusten ja lipsahdusten kautta aloitetaan kierros uudestaan kokemusta rikkaampana ja siten hieman ”ylempää”. Liikettä on myös kuvattu ”pyöröovimallina”, mutta sen heikkous on, ettei se ilmaise tarpeeksi selvästi kokemuksen tuomaa lisää. TTM’n vetovoimaisuus liittyy melko selvärajaisiin muutosvaiheisiin, mutta niissä piilee myös omat vaaratekijänsä: asioiden liiallinen yksinkertaistaminen.

## **2) Muutosprosessit** (processes of change) ovat

muutosvaiheitten operationaalinen puoli. Ne ovat muutoksen välineitä, moottoreita, jotka helpottavat siirtymistä vaiheesta toiseen. Nämä muutoksen periaatteet on johdettu useista eri teoreettisesta lähteestä ja muodostavat TTM:n ytimen (Prochaska & DiClemente, 1986, 1992; Prochaska et al., 1992; Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994). Ne kuvaavat muutoksen kognitiivisia, behavioraalisia, kokemuksellisia ja humanistisia Aspekteja. Kymmenen muutosprosessin osaa on luotettavasti



identifioitu (DiClemente & Prochaska, 1998). Näistä viisi ensimmäistä on kognitiivis-kokemuksellisia ja viisi viimeistä behavioraalisia (Prochaska & DiClemente 1992).

1. Tietoisuus, syyllisyys, tuskasta vapautuminen (consciousness).
2. Itsensä uudelleenarviointi (self-reevaluation).
3. Ympäristön uudelleenarviointi (enviromental reevaluation).
4. Nopea, äkillinen huojennus, helpotus (dramatic relief).
5. Sosiaalinen vapautuminen (social liberation).
6. Vapautuneisuus (self-liberation).
7. Pikainen, huomattavissa oleva fyysinen tervehtyminen (counterconditioning).
8. Ärsykekontrolli (stimulus control).
9. Tuettu, vahvistettu hoito (reinforcement management).
10. Auttavat ihmissuhteet (helping relationship).

Nämä korostuvat eri tavalla eri muutosvaiheissa ja ovat läsnä liikkeessä läpi kaikkien muutosvaiheitten. Kokemuksen ja tutkimustoiminnan nojalla voidaan todeta, että kokemuksellis-kognitiiviset prosessit ovat etusijalla ja palkitsevimpia varhaisimmilla vaiheilla, ts. harkinta- ja valmistautumisvaiheessa. Behavioraaliset prosessit painottuvat ja ovat hyödyllisempiä myöhäisemmillä vaiheilla, toiminta- ja ylläpitovaiheessa (Perz, DiClemente & Carbonari 1996; Prochaska ym. 1991).

**3).Muutoksen tasot** (levels of change) kuvaavat puolestaan eri systeemisiä ulottuvuuksia. Riippuvuusongelmien parissa työskentelevät

ammattilaiset tuntevat varsin hyvin sen tosiasian, että asiakas/potilas on usein moniongelmainen. Hänen ongelmansa ovat kietoutuneet yhteen ja ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Henkilö saattaa olla eri vaiheessa eri tasoilla olevien ongelmiansa kanssa. Muutosvaihemalli identifioi viisi eri tasoa (Prochaska & DiClemente, 1984):

- a. Oireellinen/tilannesidonnainen (sympton/situational)
- b. Huonosti yhteen sopivat kognitiot (maladaptive cognitions)
- c. Vuorovaikutusongelmat (interpersonal problems)
- d. Systeemi-/perheongelmat (system/family problems)
- e. Sisäiset ongelmat (intrapersonal problems)

TTM:n kolmesta konstruktioista on vähiten tutkittu muutoksen tasoja.

Tasokuvauksen tarkoituksena on tuoda esille, että muutos voi edetä eri tahdissa, so. eri vaiheissa eri systeemisissä ulottuvuuksissa.

Moniongelmainen henkilö voi olla esimerkiksi persoonallisuutensa suhteen ylläpitovaiheessa ja perhesuhteiden osalta harkintavaiheessa.

Päihdeongelmien hoidossa törmätään yhä useammin sekakäyttäjä-problematiikkaan (Saarnio & Knuuttila, 2001). Kun päihderiippuvaisille annettu hoito suunnataan yhtäaikaan niihin moniin ongelmiin, joita kohdataan, hoidon tulokset ovat usein parempia (DiClemente & Scott, 1997; McLellan ym. 1993).

### 3.2 Muutosmallin luotettavuus

Lähes kahdenkymmenen vuoden empiirisen ja kliinisen kokemuksen perusteella TTM merkitys on koettu yhä tärkeämmäksi ja samoin sen käytännön toimivuus on parantunut. Tupakoinnin lopettamiseen tähtäävästä-terapiasta alkaen sitä on käytetty addiktiivisen toiminnan terapoinnissa menestyksellisesti mm. alkoholin sekä kokaiinin, heroinin ja muiden kiellettyjen aineiden hoidoissa (Belding, Iguchi, & Lamb, 1996; DiClemente & Hughes, 1990; Donovan & Marlatt, 1988; Tsoh, 1995); samoin kuin ahmimis- ja syömisongelmissa (Norcross, Prochaska, & DiClemente, 1995) ja peliongelmissa (DiClemente, Story & Murray, 2000). Näitten lisäksi TTM:a on käytetty addiktiivisen käyttäytymisen ohessa esiintyvissä ns. terveystutkimuksessa mm. säännöllisen fyysisen harjoittelun (Marcus ym. 1992), kondomin käytön (Bowen & Trotter, 1995; Grimley ym., 1993) ja muun terveyskäyttäytymisen tutkimuksessa (Emmons ym., 1994; Prochaska ym., 1992).

TTM:in käytön laajuus on yllättänyt lähes kaikki tutkijat.

Toisaalta esim. kondomin käytön yhteydessä muutosvaiheitten määrä pudotettiin kolmeen (Bower & Trotter 1995). Voidaan aiheellisesti kysyä (Joseph, Breslin & Skinner 1999) onko kyseessä enää ollenkaan sama malli, onko tehty oikeutettu yleistys?

TTM:in ytimen muodostavat muutoksen vaiheet ja sen muutosprosessit. Muutoksenprosessit ovat ikään kuin työkalut ja työn tulokset yhtäaikaan ja

ne ilmenevät muutoksen vaiheina; missä positiossa ihminen on addiktionsa suhteen.

TTM:in kokeilun ja kehittymisen myötä on oivallettu addiktiivisen käyttäytymisen syklisyys; erittäin harvoin ihminen etenee kauniin lineaarisesti vaiheelta toiselle päätyen lopulta addiktiivisen, kahlitsevan käyttäytymisen lopettamiseen ja uuden elämän aloittamiseen.

Retkahdukset ja uudet yritykset kuuluvat addiktion luonteeseen:

*”Usein tarvitaan monia syklejä ennen kuin saavutetaan menestyksellinen ylläpitovaihe.... Useat yritykset ovat ennemminkin sääntö kuin poikkeus.”*(DiClemente & Prochaska 1998, 6).

Mallissa siis laajennetaan muutosprosessin aikaperspektiiviä ennenkuin tavoiteltu muutos saadaan aikaan.

Toinen merkittävä oivallus mallin kehittämisessä on ollut, että addiktio-ongelman hoitoa ei jätetä lepäämään ja odoteta kunnes asiakkaan motivaatio kehittyy riittäväksi muutokselle. Ongelmaan tartutaan jo silloin kun ongelmainen asiakas ei ole vielä edes kiinnostunut addiktiivisen käyttäytymisensä muuttamisesta. Reaktiivisesta toiminnasta siirrytään proaktiiviseen interventioiden kautta. Asiakkaan/potilaan integroimisesta hoitoon on olemassa erilaisia metodeja. (kts. tarkemmin motivoivasta haastattelusta, Miller & Rollnick, 1991).

Tähän liittyen eräät tutkijat pitävät mallin etuna niiden ihmisten huomioon ottamista, jotka eivät ole varmoja (harkintavaiheessa olevat) tai eivät edes

ole ajatelleet muutosta kohdallaan ilmeisistä hankaluuksista huolimatta (esiharkintavaiheessa olevat). Myös interventioden kohteiden alaa on laajennettu. (Joseph, Breslin & Skinner 1999, 160)

Kolmantena mallin etuna voidaan mainita, että sen puitteissa käytännön työntekijät voivat kohdentaa paremmin interventionsa. Koska kyse on muutoshalukkuuden parantamisen prosessista, ainoa kriteeri ei ole asiakkaan/potilaan ”onnistunut” käyttäytymisen muutos. Tärkeää on, että oikea interventio tehdään oikeaan aikaan muutosprosessissa.

Tämän aspektin huomioiminen URICAn (muutosvalmiuslomakkeen) avulla on yhtenä jatkotutkimukseni aiheena.

### **3.3 Muutosmallin kritiikkiä**

Huolimatta siitä, että mallia on sovellettu lähes kaksi vuosikymmentä, sen vahvuuksia ja heikkouksia on tutkittu silti suhteellisen vähän. (Joseph, Breslin & Skinner 1999) Vuosien 1979-1995 välillä samat tutkijat laskivat ilmestyneen 150 erilaista julkaisua, mutta mallia kehittäviä tai evaluoivia artikkeleita oli kovin vähän, esimerkiksi kriittisiä artikkeleita oli vain 7,2 %. Keskityn seuraavassa muutamaan mielestäni keskeiseen kritiikkiin.

Prochaska (1991) väittää, että suuri osa ihmisistä epäonnistuu käyttäytymisensä muuttamisessa, mm. 2/3 esiharkintavaiheessa olevasta olivat yhä samassa vaiheessa kahden vuoden seurannan jälkeen. Miksi

jotkut ”jämähtävät” johonkin vaiheeseen? TTM ei tutki tätä löydöstä tarkasti vaan pikemminkin sitä, kuinka muutos esiintyy. Miksi jotkut ihmiset muuttavat käyttäytymistään ja jotkut taas eivät? Malli ei kykene ennustamaan kuka ihminen edistyy.(Joseph, Breslin & Skinner 1999)

Tässä suhteessa TTM onkin kuvaileva, ei selittävä. Jotkut menevät vielä pitemmälle kritiikissään ja sanovat mallin olevan jopa ohjailevan, määräyksiä ja ohjeita antavan, ideaalisen muutoksen mallin pikemminkin kuin deskriptiivisen mallin.(Sutton 1996)

Mallin suunnittelijat ovat sanoneet niiden päivien olevan ohitse jolloin etsittiin yksinkertaisia ratkaisuja monimutkaisiin kysymyksiin. (Prochaska & DiClemente 1986) Voiko yksinkertainen malli sitten koherentisti kuvailla ja kehittää käyttäytymisen muutosprosessia? Bandura (1995) argumentoi, että TTM on integroinut monia teorioita sisäänsä ja jättänyt huomiotta niiden sisäiset ristiriidat, jolloin sen sisäinen johdonmukaisuus kärsii. Näin ennustettavuus ja siitä saatava hyöty kärsii. Käsillä oleva tutkimus pyrkii pohtimaan TTM:n ennustamiskykyä.

## 4. TUTKIMUKSEN EMPIIRISEN OSAN TOTEUTTAMINEN

### 4.1 Empiirisen tutkimuksen lähtökohta

Hoidon ennen aikainen keskeytyminen on yksi päihdehuollon suurista pulmista. Monta kertaa kuulee syytettävän asiakkaan motivaation puutetta keskeyttämisen välittömänä syynä. Usein asia näin onkin.

William Miller on tutkinut päihdeongelmien hoitoon liittyvää motivaatioproblematiikkaa ja kehittänyt motivoivan haastattelun menetelmän (Miller 1983). Siinä siirrytään motivaation puuttumisen päivittelystä aihepiirin rakentavaan tarkasteluun. Motivoiva haastattelu ei oikeastaan olekaan varsinainen ”terapiamuoto” vaan paremminkin asiakkaan hoitoon sitouttamisen menetelmä.

Toinen keskeinen muutosmotivaation tarkastelun lähtökohta on James Prochaskan ja Carlo DiClementen kehittämä transteoreettinen muutosmalli (TTM) (DiClemente & Prochaska 1998; Prochaska, DiClemente & Norcross 1992). Asiakkaan muutosvalmiuden selvittäminen on motivoivan haastattelun periaatteiden mukaan työskentelevän terapeutin ensimmäisiä tehtäviä.

Päihdeongelmaisten muutosvaiheella on todettu olevan merkitystä hoidon jatkuvuuden kannalta; erityisesti esiharkintavaiheessa olevilla henkilöillä on suuri keskeyttämisriski (DiClemente & Scott 1997).

Muutosvaihesijoituksella on Match-projektissa osoitettu olevan yhteys myös hoidon jälkeisen alkoholin käytön kanssa: mitä parempi

muutosvalmius sitä vähemmän juomista (DiClemente ym. 2002).

Mielenkiintoisena seikkana on pidettävä sitä, että tämä vaikutus oli nimenomaan hoidon alussa mitatulla muutosvalmiudella, ei hoidon myöhemmissä vaiheissa mitatuilla valmiuksilla.

Samaan tapaan on osoitettu, että asiakkaan hoitoa edeltänyt juomiskäyttäytyminen on yksi parhaista hoidon jälkeistä juomista ennakoivista tekijöistä (Saarnio ym.1998). Kyseisessä tutkimuksessa tuli esille myös seikka, että hoitoa edeltäneiden, mutta ei sitä seuranneiden vapaa-ajan harrastusten intensiteetillä oli yhteys juomiskäyttäytymiseen. Hoitoa edeltänyt aktiivinen vapaa-ajan toiminta oli yhteydessä vähäisemmän juomisen kanssa. Nämä tulokset ovat kiusallisia hoitotoiminnan kannalta, ne kun tuovat mieleen sananparren ”ei kannettu vesi kaivossa pysy”. Toisaalta voidaan spekuloida onnistuuko kehitys päihdeongelmaisen kohdalla ylipäättään ollenkaan, ellei asiakas ota ”toipumisprojektia” omakseen.

Tämän osatutkimuksen ensimmäisenä tavoitteena oli selvittää, missä määrin laitospäihdehoidossa olevien asiakkaiden taustatiedot ja päihteiden käyttöä koskevat tiedot ovat yhteydessä heidän muutosvalmiutensa kanssa. Toiseksi selvitettiin, ennakoiko muutosvalmius hoidon jatkuvuutta, ts. onko muutosvalmius yhteydessä hoidon keskeyttämiseen tai asiakkaan uloskirjoittamiseen sääntörikkomuksen vuoksi.



## 4.2 Metodi

### 4.2.1 Tutkimushenkilöt

Tutkimushenkilöiden perusjoukon muodostivat Kankaanpään A-kotiin touko-elokuussa 2000 tulleet asiakkaat (N=118). Kahdeksan asiakasta keskeytti hoidon niin nopeasti, ettei heidän kyselylomakettaan ehditty saamaan takaisin. Lisäksi viiden asiakkaan lomakkeet olivat puutteellisesti täytettyjä tai niitä ei ollut täytetty lainkaan. Nämä 13 asiakasta jätettiin aineiston ulkopuolelle, jolloin tutkimushenkilöiden lopulliseksi määräksi tuli 105. Asiakkaiden taustatietojen kyselylomake on liitteessä 1

**Taulukko 2. Asiakkaiden (N=105) taustatietoja.**

|   | m  | sd | %  |
|---|----|----|----|
| <i>Ikä (v)</i>                                | 35 | 12 |    |
| <i>Koulu- ja opiskeluvuosien yhteispituus</i> | 11 | 3  |    |
| <i>Sukupuoli</i>                              |    |    |    |
| <i>Mies</i>                                   |    |    | 64 |
| <i>Nainen</i>                                 |    |    | 36 |
| <i>Siviilisääty</i>                           |    |    |    |
| <i>Naimaton</i>                               |    |    | 39 |
| <i>Avoliitto</i>                              |    |    | 14 |
| <i>Avoliitto</i>                              |    |    | 14 |
| <i>Eronnut</i>                                |    |    | 32 |
| <i>Leski</i>                                  |    |    | 1  |

*Kotona asuvien huollettavien lasten lukumäärä*

|   | %  |
|---|----|
| 0 | 80 |
| 1 | 12 |
| 2 | 6  |
| 3 | 1  |
| 4 | 1  |

*Ammatti*

|                            |    |
|----------------------------|----|
| <i>Ammatiton</i>           | 15 |
| <i>Työntekijä</i>          | 68 |
| <i>Alempi toimihenkilö</i> | 6  |
| <i>Ylempi toimihenkilö</i> | 4  |
| <i>Yrittäjä</i>            | 7  |

*Työtilanne*

|                      |    |
|----------------------|----|
| <i>Täysipäivätyö</i> | 16 |
| <i>Osa-aikatyö</i>   | 6  |
| <i>Lomautettu</i>    | 1  |
| <i>Työtön</i>        | 59 |
| <i>Eläkkeellä</i>    | 10 |
| <i>Opiskelija</i>    | 8  |

*Asuminen*

|                          |    |
|--------------------------|----|
| <i>Oma asunto</i>        | 13 |
| <i>Vuokra-asunto</i>     | 55 |
| <i>Jonkun muun luona</i> | 14 |
| <i>Asunnoton</i>         | 18 |

---

Tutkimushenkilöille oli ominaista alhainen sosiaalinen vakaus, mikä näkyi mm. parisuhteessa elävien vähäisyytenä ja kotona asuvien huollettavien lasten harvinaisuutena. Tutkimushenkilöillä oli alhainen koulutustaso ja suurin osa heistä oli toiminut työväenluokkaisissa ammateissa. Joukossa oli myös täysin ammatittomia. Vakituksessa työsuhteessa olevien osuus oli vähäinen. Asunottomia ja muiden luona asuvia oli melko paljon. Vertailtaessa vuoden 2000 tutkimuksen asiakkaita 1995 tutkimuksen (Saarnio ym. 1998) asiakkaisiin demografisten tietojen osalta huomataan, että ainoa tilastollisesti merkitsevä ero on asiakkaiden iässä;

vuoden 2000 aineiston asiakkaat olivat keskimäärin neljä vuotta nuorempia kuin vuoden 1995 aineiston asiakkaat. Naisten osuus kasvoi viidessä vuodessa kymmenisen prosenttiyksikköä. Alentuva sosiaalinen stabiilitetti näkyi avioliitossa olevien vähentymisenä ja eronneiden lisääntymisenä (Saarnio & Knuuttila 2001).

### **Taulukko 3. Asiakkaiden (N=105) päihteiden käyttöä ja hoidon**

***jatkuvuutta koskevia tietoja.*** Tähdellä merkityt muuttujat koskevat hoitoa edeltäneen vuoden tilannetta

|                                   | %  |
|-----------------------------------|----|
| <i>Käytetyt päihteet*</i>         |    |
| <i>Alkoholi</i>                   | 91 |
| <i>Kannabis</i>                   | 45 |
| <i>Amfetamiini</i>                | 43 |
| <i>Lääkkeet</i>                   | 42 |
| <i>Opiaatit</i>                   | 23 |
| <i>Kokaiini</i>                   | 15 |
| <i>LSD</i>                        | 9  |
| <i>Korvikkeet</i>                 | 4  |
| <i>Jokin muu</i>                  | 12 |
| <i>Pääasiallinen päihde*</i>      |    |
| <i>Alkoholi</i>                   | 68 |
| <i>Amfetamiini</i>                | 22 |
| <i>Opiaatit</i>                   | 5  |
| <i>Kannabis</i>                   | 3  |
| <i>Lääkkeet</i>                   | 2  |
| <i>Päihteiden käyttötyyppi I*</i> |    |
| <i>Alkoholi</i>                   | 41 |
| <i>Sekakäyttö</i>                 | 59 |

|   |    |
|---|----|
| <i>Päihteiden käyttötyyppi II*</i>                          | %  |
| <i>Alkoholi</i>   | 41 |
| <i>Alkoholi + lääkkeet</i>                                  | 10 |
| <i>Muu sekakäyttö</i>                                       | 49 |
| <i>Hoitoa edeltäneen ongelma-<br/>käytön pituus (vrk)</i>   |    |
| <i>1-7</i>  | 38 |
| <i>8-14</i>   | 13 |
| <i>15-21</i>  | 1  |
| <i>22</i>   | 48 |
| <i>Päihteiden käyttötapa*</i>                               |    |
| <i>Päivittäin</i>   | 65 |
| <i>Kausittain</i>   | 28 |
| <i>Viikonloppuisin</i>                                      | 7  |
| <i>Tuliko asiakas A-kotiin<br/>omasta vapaasta tahdosta</i> |    |
| <i>Kyllä</i>  | 78 |
| <i>Ei</i>   | 22 |
| <i>Asiakkaan tavoite</i>                                    |    |
| <i>Täysraittius</i>   | 66 |
| <i>Hallittu käyttö</i>                                      | 34 |
| <i>Hoidon jatkuvuus I</i>                                   |    |
| <i>Hoito päätettiin sovitusti</i>                           | 62 |
| <i>Hoito keskeytyi vastaanottovaiheessa</i>                 | 8  |
| <i>Keskeytyminen soluvaiheessa</i>                          | 30 |
| <i>Hoidon jatkuvuus II</i>                                  |    |
| <i>Hoito päätettiin sovitusti</i>                           | 62 |
| <i>Asiakas keskeytti hoidon</i>                             | 27 |
| <i>Uloskirjoitus</i>  | 11 |

---

Päihteiden käytön osalta oli nähtävissä alkoholin lisäksi laittomien

huumeiden, esim. amfetamiinin, kannabiksen ja opiaattien, käyttöä.

Amfetamiini oli alkoholin jälkeen toiseksi yleisemmin käytetty pääasiallinen

päihde. Yli puolet tutkimushenkilöistä oli sekakäyttäjiä, yleensä laittomien huumeiden käyttäjiä. Tutkimushenkilöillä oli vahva alakulttuuri-sidonnaisuus, mikä näkyi tiheinä kontakteina päihteiden ongelmakäyttäjiin (1=ei kontakteja, 5=päivittäinen kontakti,  $m=4$  ja  $sd=1$ ). Noin kahdella viidesosalla tutkimushenkilöistä hoito keskeytyi ennenaikaisesti, mikä oli selvästi enemmän kuin viisi vuotta aikaisemmin, jolloin heidän osuutensa oli 15 % (Saarnio ym. 1998, Saarnio & Knuuttila 2001). Samassa vertailussa todettiin sekakäyttäjien määrän kasvaneen tilastollisesti merkittävästi. Alkoholin käytön osuus supistui, lääkkeiden pysyi ennallaan, mutta kannabiksen, amfetamiinin ja opiaattien osuus kaksin- tai kolminkertaistui. Pääasiallisena päihteenä käytettynä amfetamiinin osuus kasvoi voimakkaasti (Saarnio & Knuuttila 2001).

Kankaanpään A-kodin asiakkaat ovat hyvin valikoitunutta väkeä, päihdeongelmaisten etujoukkoa, joille on ominaista päihteiden sekakäytön ja sosiaalisten ongelmien yhteenkietoutuminen, mikä kuulunee pitkälle kehittyneen päihdeongelman luonteeseen. He poikkeavat näiltä osin selvästi avopäihdehoidon asiakkaista (Saarnio 2001). A-kodin asiakaskunnassa on tapahtunut vuosien 1995 ja 2000 välisenä aikana muutosta: sekakäyttäjien ja sosiaalisesti syrjäytyneiden osuus on kasvanut (Saarnio & Knuuttila 2001).

#### 4.2.2 Tutkimusmenetelmät

Muutosvalmiutta kartoitettiin URICA-lomakkeella, joka on alun perin kehitetty psykoterapia-asiakkaiden muutosvalmiuden tutkimista varten (McConaughy ym. 1989). Myöhemmin sitä on käytetty päihdeongelmaisten muutosvalmius-tutkimuksessa (DiClemente & Hughes 1990; Piotrowski ym 1995). Suomessa URICA on tiettävästi käytössä ensimmäistä kertaa.

URICA:ssa on 32 osiota, jotka muodostavat neljä skaalaa: 1) esiharkinta, 2) harkinta, 3) toiminta, 4) ylläpito. URICA-lomake on liitteessä 2. Tutkimushenkilöt vastaavat osioihin viisiportaisella numeroasteikolla. Jokaista skaalaa varten on kahdeksan osiota, joista tilastollisten menetelmien avulla ja amerikkalaisen käytännön mukaan huomioidaan seitsemän parasta osiota (DiClemente & Hughes 1990). Lomake täyttöohjeineen käännettiin suomeksi ja sitä kokeiltiin ennen varsinaista käyttöä.

#### Taulukko 4. Esimerkkejä URICA-skaalojen osioista.

---

##### *Esiharkinta*

- *Omasta mielestäni minulla ei ole mitään ongelmia, jotka edellyttäisivät muutosta.*
- *-Minulla on varmasti puutteita, mutta en näe mitään mitä minun pitäisi varsinaisesti muuttaa itsessäni*

##### *Harkinta*

- *Olen ajatellut, että saattaisin haluta muuttaa jotakin itsessäni.*
- *Toivoisin, että minulla olisi enemmän ideoita ongelmani ratkaisemiseksi.*

##### *Toiminta*

- *Ongelmani on aika ajoin vaikea, mutta yritän saada sen ratkaistuksi..*
- *Kuka tahansa voi puhua muuttumisesta, mutta minä olen tekemässä jotakin asian eteen.*

##### *Ylläpito*

- *Pelkään ajautuvani takaisin ongelmaani, josta olen jo kerran päässyt irti, joten yritän etsiä apua.*
  - *Luulin päässeeni ongelmasta eroon kun sain sen kerran ratkaistuksi, mutta joskus huomaan kamppailevani sen kanssa edelleen.*
- 

Korrelaatio- ja reliabiliteettitarkastelujen avulla päädyttiin käyttämään amerikkalaisten normien mukaisia seitsemän osion skaalakohtaisia yhdistelmiä eli skaalojen poisjätetyt osiot olivat samat. Skaalojen alfa-reliabiliteetit olivat tässä tutkimuksessa samaa tasoa kuin alkuperäistutkimuksessa (DiClemente & Hughes 1990): 1) esiharkinta .72 (.69), 2) harkinta .76 (.75), 3) toiminta .82 (.82), 4) ylläpito .74 (.80).

Varsinainen muutosvalmius voidaan ilmaista myös yhdellä skaalalla: ensiksi jaetaan skaalakohtaiset raakasummapistemäärät seitsemällä, sitten lasketaan yhteen harkinta-, toiminta- ja ylläpitopistemäärät sekä vähennetään summasta esiharkintapistemäärä.

#### **4.2.3 Tutkimuksen kulku**

Kankaanpään A-kodissa peruskuntoutusjakso kestää noin kuukauden sisältäen alle viikon kestävän vastaanotto- ja arviointivaiheen kuntoutuksen alussa. Peruskuntoutus toteutetaan yksiköissä, joita on yksi kumpaakin sukupuolta varten. Tämän jälkeen asiakas voi jäädä pitkäkestoisempaan hoitoon niihin erikoistuneisiin yhteisöihin. Käytössä on ns. hoitojatkumo, joka aina alkaa peruskuntoutuksella. Kankaanpään A-kodin hoito-ohjelmien läpikäyvinä periaatteina ovat yhteisöllisyys ja 12-askeleen ohjelma.

Tutkimuksessa mukana olleet asiakkaat olivat peruskuntoutusjaksolla, joka kestää noin neljä viikkoa (elleivät he keskeyttäneet tai tulleet uloskirjoitetuiksi ennen sitä). Hoidon keskeytyminen tapahtui joko asiakkaan omasta aloitteesta (keskeyttäminen) tai sääntörikkomuksen vuoksi (uloskirjoitus). Osa tutkimuksessa mukana olleista asiakkaista jäi pidempiin hoitoihin.

Tutkimushenkilöt täyttivät URICA-lomakkeen vastaanotto- ja arviointivaiheen aikana mahdollisimman pian fyysisen ja psyykkisen



kunnon sen salliessa. Lomakkeessa olivat varsinaisen URICA:n lisäksi kysymyksiä asiakkaan taustatiedoista ja päihteiden käytöstä (liitteet 1 ja 2). Asiakkaat täyttivät kaavakkeen itsenäisesti, varsinaisen tulohaastattelun ulkopuolella, omassa huoneessaan. Työntekijä tarkasti ainoastaan oliko kaikki kohdat täytetty, joten mitään manipulaatiota ei esiintynyt.

Aineisto analysoitiin suhteessa muutosvalmiuteen. Selitettävänä, riippumattomana muuttujana oli muutosvalmiuden kompositiopistemäärä. Tämän jälkeen selvitettiin, mitkä tekijät olivat yhteydessä hoidon jatkuvuuden kanssa. Riippumattomina muuttujina olivat hoidon jatkuvuus I (hoito päätettiin sovitusti/hoito keskeytyi vastaanotto ja arviointi vaiheessa/keskeytyminen yksikkövaiheessa) ja hoidon jatkuvuus II (hoito päätettiin sovitusti/asiakas keskeytti hoidon/uloskirjoitus). Kummankin analyysiosuuden selittävinä, riippuvina muuttujina käytettiin taustatietoja ja päihteiden käyttöä koskevia muuttujia sekä jälkimmäisessä osuudessa myös URICA-muuttujia.

## 5. TULOKSET

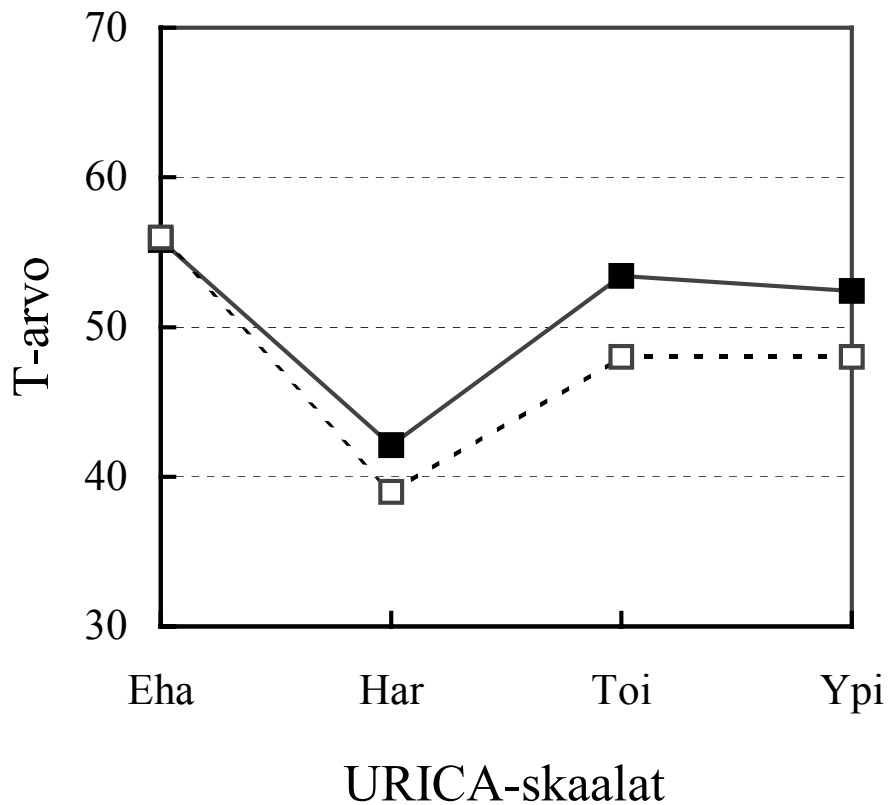
### 5.1 Mitkä tekijät olivat yhteydessä muutosvalmiuteen ?

URICA-skaalamuuttujien raakapistemäärien keskiarvoiksi saatiin seuraavat (keskihajonta on sulkeissa):

- 1) esiharkinta 13,7 (4,5),
- 2) harkinta 29,1 (3,8),
- 3) toiminta 28,8 (4,2),
- 4) ylläpito 27,6 (4,4).

Kompositiopistemäärän keskiarvo oli 10,3 (1,9). Raakasummapistemäärät muutettiin t-arvoiksi, jotta ne olisivat vertailukelpoisia. Samalla kuvioon lisättiin katkoviivalla DiClementen & Hughesin (1990) tutkimuksesta peräisin oleva, esiharkinmtavaiheen alkoholiongelmallisille tyypillinen muutosprofiili, jonka Piotrowski ym. (1995) replikoivat omassa tutkimuksessaan. Tutkimushenkilöidemme keskimääräinen muutosprofiili oli hyvin lähellä tuota esiharkintavaiheelle ominaista profiilia.

**Kuvio 1. URICA-skaalamuuttujien t-arvoiksi muunnettujen pistemäärien keskikarvot (N=105). Katkoviivakäyrä kuvaa DiClementen & Hughesin (1990) tutkimuksessa esille tullutta muutosprofiilia, joka on tyypillinen esiharkintavaiheen alkoholiongelmaisille. Eha=esiharkinta, Har=harkinta, Toi=toiminta, Ypi=ylläpito.**



Viimeisimmässä tutkimuksessa A-kodin asiakkaista (N=114) elokuukuussa 2001 (Saarnio & Knuuttila 2002, painossa) muutosprofiili oli kutakuinkin samanlainen.

Skaalamuuttujien ja muutosvalmiuden välisen korrelaation oleellisin informaatio sisältyy esiharkinnan ja muiden skaalamuuttujien välisiin tilastollisesti merkitseviin negatiivisiin korrelaatioihin (taulukko 5). Esiharkinnan korkeat pistemäärät olivat yhteydessä muiden skaalojen mataliin pistemääriin ja päinvastoin. Muutosvalmiuden kompositiopistemäärän muodostamistavasta (skaalojen har, toi, ypi summapistemäärät laskettiin yhteen ja vähennettiin summasta eha-summapistemäärä) johtuen esiharkintapistemäärällä oli merkitsevä negatiivinen korrelaatio myös sen kanssa.

---

**Taulukko 5. URICA-skaalamuuttujien ja muutosvalmiuden kompositiopistemäärän väliset korrelaatiot (N=105). Kaikki korrelaatiot olivat tilastollisesti merkitseviä ( $p<.001$ ). Eha=esiharkinta, Har=harkinta, Toi=toiminta, Ypi=ylläpito, Mva=muutosvalmiuden kompositiopistemäärä.**

---

|            | <i>Mva</i> | <i>Ypi</i> | <i>Toi</i> | <i>Har</i> |
|------------|------------|------------|------------|------------|
| <i>Eha</i> | -.77       | -.45       | -.52       | -.46       |
| <i>Har</i> | .83        | .59        | .66        |            |
| <i>Toi</i> | .83        | .50        |            |            |
| <i>Ypi</i> | .79        |            |            |            |

---

Tämän jälkeen selvitettiin, mitkä tekijät olivat yhteydessä muutosvalmiuteen kompositiopistemäärällä mitattuna. Eräiden nominaaliasteikollisten muuttujien luokkia yhdisteltiin ennen analyyseja havaintojen määrien kasvattamiseksi. Suoritetut yksisuuntaiset analyysit (korrelaatio, t-testi tai yksisuuntainen varianssianalyysi) osoittivat seuraavilla muuttujilla olleen merkitsevä yhteys muutosvalmiuteen:

- tutkimushenkilön ikä
- ammatti (ammatiton/työntekijä/muu)
- asuminen (asunto/ei asuntoa)
- hoitoon tulon vapaaehtoisuus (kyllä/ei)
- hoitotavoite (täysraittius/hallittu käyttö)

Muutosvalmius oli sitä korkeampi, mitä vanhemmasta tutkimushenkilöstä oli kyse ( $r=.20$ ,  $p=.04$ ). Asunnottomien muutosvalmius sen sijaan oli alhaisempi kuin omassa tai vuokra-asunnossa asuvien [ $t(103)=2.44$ ,  $p=.02$ ]. Samoin oli laita niiden henkilöiden kohdalla, jotka tulivat hoitoon muusta kuin omasta vapaasta tahdostaan [ $t(103)=3.25$ ,  $p=.002$ ] sekä niillä, joiden tavoitteena oli hallittu käyttö [ $t(103)=5.39$ ,  $p=0.000$ ].

Ammatittomat olivat Tukeyn testin mukaan vähemmän muutosvalmiita kuin työntekijät ( $p<.05$ ) ja muissa ammateissa toimivat ( $p<.05$ ).

Merkitseviksi selittäjiksi osoittautuneet muuttujat otettiin mukaan kahteen kaksisuuntaiseen varianssianalyysiin, muutosvalmius selitettävänä, muuttujana. Ensimmäiseen analyysiin selittävät muuttujat olivat ammatti ja asuminen sekä kovarianttina ikä.

Toisen analyysin selittävät muuttujat olivat hoitoon tulon vapaaehtoisuus ja hoitotavoite sekä kovarianttina ikä. Havaintojen määrä olisi ollut liian pieni kaksisuuntaista analyysia monimutkaisemmalle analyysille. Lisäksi nämä kaksi mallia olivat sisällöllisesti perusteltavissa: ensimmäisen mallin selittäjissä oli kyse sosiaalisista olosuhteista ja toisessa mallissa hoitoon orientoitumisesta.

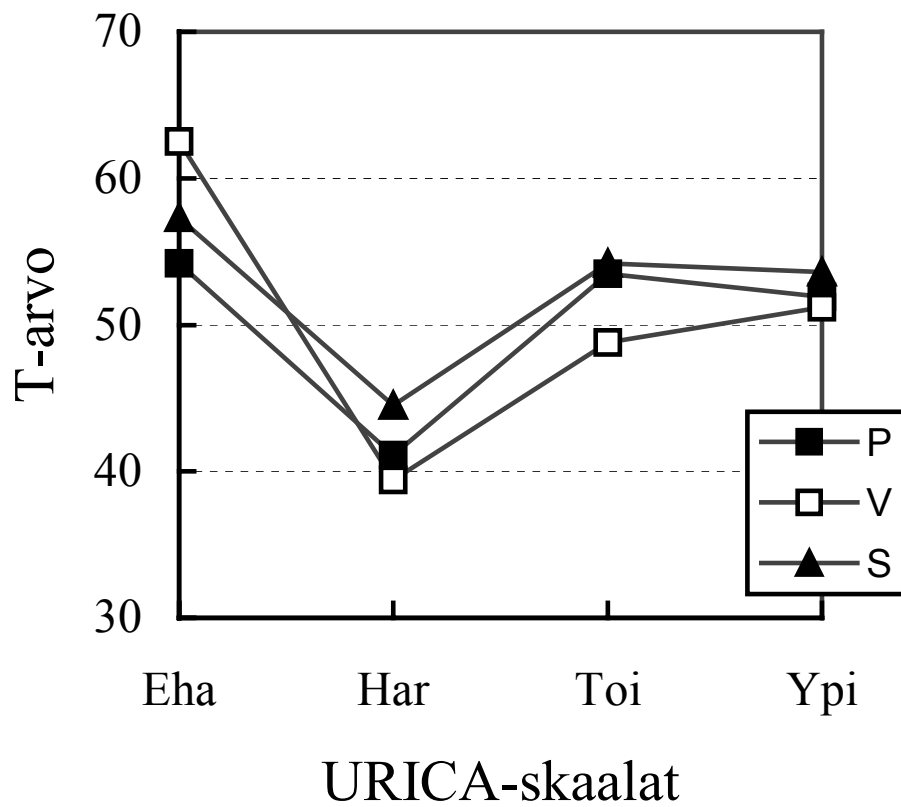
Ensimmäisessä analyysissa ammatin ja asumisen [ $F(2,95)=2.27, p=.10$ ] yhdysvaikutus oli lähellä merkitsevyyttä. Muuttujien taulukoinnit osoittivat, että nuorilla tutkimushenkilöillä, jotka olivat ammatittomia ja asunnottomia, oli alhaisempi muutosvalmius kuin muilla tutkimushenkilöillä. Toisessa analyysissa ei ilmennyt merkitseviä interaktioita.

## 5.2 Muutosvalmius ja hoidon jatkuvuus

Hoidon jatkuvuutta koskevat selitettävät, riippumattomat muuttujat olivat hoidon jatkuvuus I ja hoidon jatkuvuus II. Näitä muuttujia käyttäen tehtiin yksisuuntaiset nominaaliset regressioanalyysit. Selittävänä, riippuvana muuttujana oli kummassakin muutosvalmiuden kompositiomuuttuja. Sen vaikutus ei osoittautunut merkitseväksi kummankaan selitettävän muuttujan suhteen.

Hoidon jatkuvuutta koskevia muuttujia käytettiin selittävinä, riippumattomina muuttujina myös kahdessa nominaalisessa regressioanalyysissä. Selittävinä, riippuvina muuttujina olivat URICA-skaalamuuttujat. Esiharkintapistemäärä osoittautui niistä merkitseväksi sekä hoidon jatkuvuus I:n [ $\chi^2(2)=6.63$ ,  $p=.03$ ] että jatkuvuus II:n [ $\chi^2(2)=8.37$ ,  $p=.01$ ] suhteen. Näiden efektien syyt ovat nähtävissä kuvioissa 2 ja 3. Niillä tutkimushenkilöillä, joiden hoito keskeytyi vastaanottovaiheessa, oli selvästi korkeampi esiharkintapistemäärä kuin kahdella muulla ryhmällä (kuvio 2). Tilanne oli samanlainen sääntörikkomuksen vuoksi uloskirjoitetuilla tutkimushenkilöillä (kuvio 3). Korkea esiharkintapistemäärä oli siis riski sekä hoidon keskeytymiselle alkuvaiheessa että uloskirjoittamiselle.

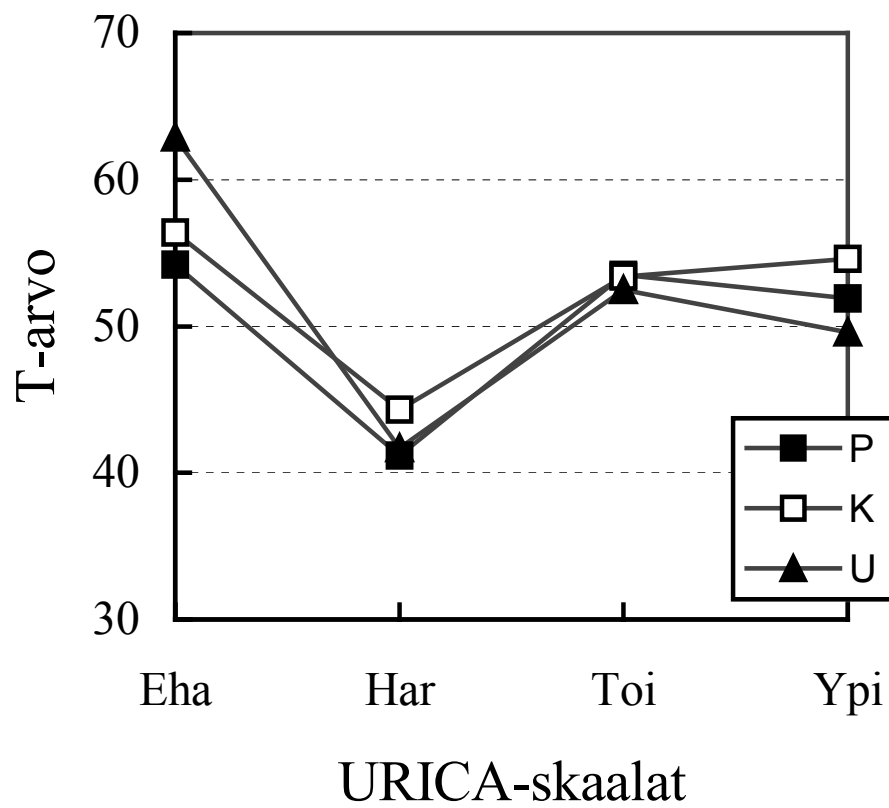
**Kuvio 2. URICA-skaalamuuttujien t-arvoiksi muunnettujen pistemäärien keskiarvot hoidon sovitusti päättäneillä asiakkailla (P) sekä niillä, joiden hoito keskeytyi vastaanottovaiheessa (V) tai peruskuntoutusvaiheessa (S).**  
**Eha=esiharkinta, Har=harkinta, Toi=toiminta, Ypi=ylläpito.**





**Kuvio 3. URICA-skaalamuuttujien t-arvoiksi muunnettujen pistemäärien keskiarvot hoidon sovitusti päättäneillä (P), keskeyttäneillä (K) ja uloskirjoitetuilla (U) asiakkailla.**

*Eha=esiharkinta, Har=harkinta, Toi=toiminta, Ypi=ylläpito.*

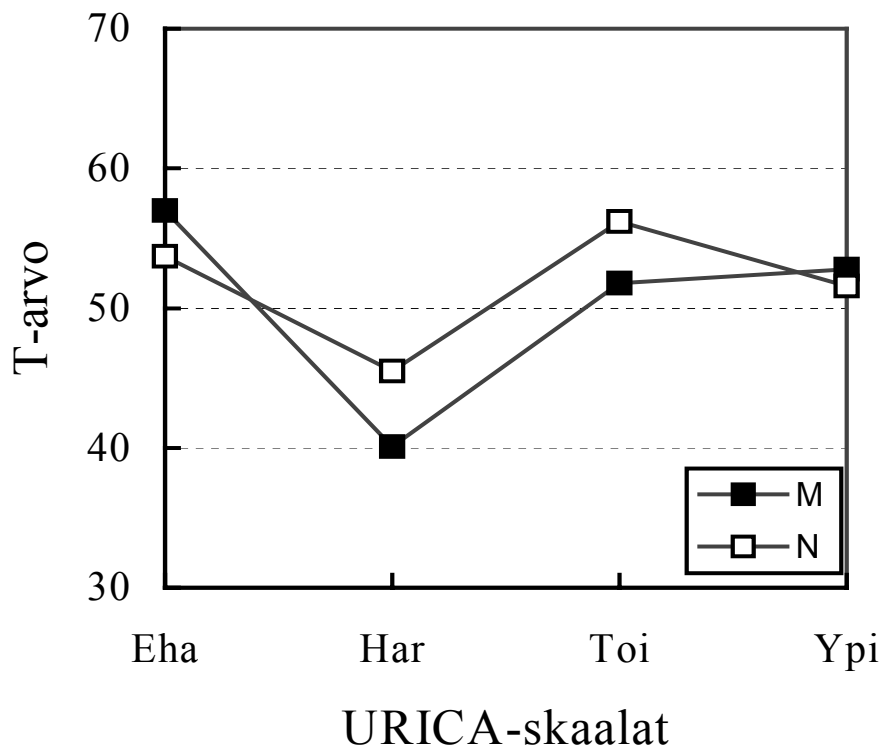


Taustamuuttujien ja päihteiden käyttöä koskevien muuttujien yhteydet hoidon jatkuvuuteen tarkastettiin niin ikään nominaalisella regressioanalyysillä. Yksisuuntaiset analyysit osoittivat ainoastaan tutkimushenkilön sukupuolella olleen merkitsevä vaikutus hoidon jatkuvuus I:een [ $\chi^2(2)=8.74$ ,  $p=.01$ ]. Tämän efektin aiheutti miesten ja naisten välinen ero hoidon keskeytymisajankohdassa: kaikki tutkimushenkilöt, joiden hoito keskeytyi vastaanottovaiheessa, olivat miehiä (taulukko 5). Vaikka sukupuolen vaikutus hoidon jatkuvuus II:een ei nominaalisen regressioanalyysin mukaan ollut merkitsevä [ $\chi^2(2)=3.49$ ,  $p=.17$ ], niin miesten ja naisten välillä oli tässäkin muuttujassa yksi merkille pantava ero: uloskirjoitetuista peräti 83 % (10/12) oli miehiä. Eri sukupuolet eivät poikenneet toisistaan hoidon päättäneiden osuudessa, vaan ero ilmeni siinä, missä vaiheessa ja miten hoito keskeytyi. Miesten ja naisten muutosprofiilitkin poikkesivat selvästi toisistaan (kuvio 4), vaikkei heidän välillään ollutkaan merkitsevää [ $t(103)=1.45$ ,  $p=.14$ ] eroa muutosvalmiuden kompositiomuuttujassa. Taulukko 6 on seuraavalla sivulla.

**Taulukko 6. Miesasiakkaiden (n=67) ja naisasiakkaiden (n=38) prosenttijakaumat hoidon jatkuvuutta koskevilla muuttujilla.**

|   | <i>Mies</i> | <i>Nainen</i> |
|---|-------------|---------------|
| <i>Hoidon jatkuvuus I</i>                   |             |               |
| <i>Hoito päätettiin sovitusti</i>           | 63          | 61            |
| <i>Hoito keskeytyi vastaanottovaiheessa</i> | 12          | 0             |
| <i>Keskeytyminen soluvaiheessa</i>          | 25          | 39            |
|   | <i>Mies</i> | <i>Nainen</i> |
| <i>Hoidon jatkuvuus II</i>                  |             |               |
| <i>Hoito päätettiin sovitusti</i>           | 63          | 61            |
| <i>Asiakas keskeytti hoidon</i>             | 22          | 34            |
| <i>Uloskirjoitus</i>                        | 15          | 5             |

**Kuvio 4. URICA-skaalamuuttujien t-arvoiksi muunnettujen pistemäärien keskiarvot miehillä (M) ja naisilla (N). Parittaisten t-testien mukaan ryhmien välillä olivat merkitsevät erot harkinnassa [ $t(103)=2.11, p=.03$ ] ja toiminnassa [ $t(103)=2.11, p=.03$ ]. Eha=esiharkinta, Har=harkinta, Toi=toiminta, Ypi=ylläpito.**



Hoidon jatkuvuus I:n merkitseviksi selittäjiksi osoittautuneet esiharkintapistemäärä ja sukupuoli asetettiin lopuksi kaksisuuntaisen nominaalisen regressioanalyysin selittäjiksi.

Esiharkintapistemäärän pääefekti ei ollut merkitsevä [ $\chi^2(2)=4.32$ ,  $p=.11$ ] mutta sukupuolen sen sijaan oli [ $\chi^2(2)=8.28$ ,  $p=.01$ ]. Muuttujien välinen interaktiotermi oli merkitsevä [ $\chi^2(4)=12.87$ ,  $p=.01$ ] eli esiharkintapistemäärällä oli eri sukupuolilla erilainen vaikutus hoidon jatkuvuus I:een. Sukupuolittain tehdyt nominaaliset regressioanalyysit osoittivatkin esiharkintapistemäärällä olleen miehillä merkitsevä [ $\chi^2(2)=23.03$ ,  $p=.000$ ] vaikutus hoidon jatkuvuus I:een, naisilla sen sijaan ei [ $\chi^2(1)=1.28$ ,  $p=.25$ ].

## 6. Johtopäätöksiä ja ehdotuksia

Tulokset osoittivat, että tutkimushenkilöiden keskimääräinen muutosprofiili oli lähellä amerikkalaistutkimuksessa esille tullutta, muutoksen esiharkintavaiheelle ominaista profiilia (DiClemente & Hughes 1990).

Keskiverto asiakas ei liene ollut tietoinen ongelmansa luonteesta ja laajuudesta. Ehkä hänen terveytensä (kehollisuutensa) oli riittävän hyvä tai hänellä oli muita syitä sen ongelmiin. Ehkä hänen psyykkinen kuntonsa (tajuunallisuutensa) kesti erilaiset sisäiset ja ulkoiset tapahtumat. Ehkä hänen situationaalisuutensa ( mm. pari- tai muut sukulaisuussuhteensa ja yhteiskunnalliset suhteensa) olivat ainakin jotenkin siedettävällä tasolla.

Kaikki nämä (situationaalinen säätöpiiri) yhdistyivät hänen

tajunnallisuudessaan sellaiseen muotoon, että hän oli haluton muuttamaan ongelmallista käyttäytymistään, vaikka saattoikin toivoa jollain tasolla muutoksen tapahtumista. Muutosta tapahtuu, mutta kaikki mikä on kehitystä ei ole edistystä. Muutospaineet olivat toisista ihmisistä lähtöisin ja ne saattoivat näyttäytyä vaimon, isän, äidin, työnantajan, sosiaalityöntekijän tms. muodossa.

Primaareimmat muutosvalmiutta selittävät tekijät olivat tutkimushenkilön ikä, ammatti, asuminen, hoitoon tulon vapaaehtoisuus sekä hoitotavoite. Erityisesti niillä nuorilla tutkimushenkilöillä, jotka olivat vailla ammattia ja asuntoa, oli alhainen muutosvalmius. Täysraittiutta tavoitelleet tutkimushenkilöt olivat muutosvalmiimpia kuin hallittua käyttöä tavoitelleet. Täysraittius onkin tämän hoitopopulaation asiakkaille yleensä realistinen tavoite, johon monet heistä päätyvät, usein lukuisten, epäonnistuneiden hallitun käytön yritysten kautta. Kyseessä on karvaita kokemuksia hyödyntävä oppimisprosessi.

Korkea esiharkintapistemäärä lisäsi sekä hoidon alkuvaiheen keskeytymisen että sääntörikkomuksen vuoksi tapahtuvan uloskirjoittamisen riskiä. Tämä on ymmärrettävä tulos, sillä esiharkintavaiheessa olevat asiakkaat eivät yleensä näe muutosta tarpeellisena, ja he saattavat olla hyvinkin vastahankaisia muutokselle. Ulkomaisissa tutkimuksissa on päädytty samanlaisiin tuloksiin (DiClemente & Scott 1997).

Miesten esiharkintapistemäärällä oli voimakkaampi vaikutus hoidon keskeyttämiseen kuin naisten esiharkintapistemäärällä. Naisten hoidot eivät myöskään miesten tavoin keskeytyneet alkuvaiheessa, ja lisäksi sääntörikkomuksen takia uloskirjoitetut olivat pääosin miehiä. Miesten ja naisten muutosprofiilit poikkesivat niin ikään oleellisesti toisistaan. Naiset olivat muutosvalmiimpia kuin miehet. Olisi kiintoisaa nähdä, miten tilanne kehittyy jatkossa, hoidon edetessä ja sen päättyttyä. Siitä voidaan tämän aineiston puitteissa vain spekuloida.

Sukupuolten välisiä eroja muutosvalmiudessa ja hoidon jatkuvuudessa olisi houkuttelevaa selittää kulttuurisilla tekijöillä, esim. naisten voimakkaammalla sääntöorientaatiolla, vastuuntunnolla tai yhteisöllisyyden tunteella. Käsillä oleva aineisto ei kuitenkaan anna tällaiselle päättelylle perusteita. Situationaalisten tekijöiden merkitys jää tulevien tutkimusten selvitettäväksi.

Toinen sukupuolten välisiin eroihin vaikuttanut tekijä saattoi piillä miesten ja naisten yksiköiden mahdollisessa erilaisuudessa. Esimerkiksi terapeuttien suhtautuminen asiakkaisiin saattoi poiketa yksikköjen kesken, mm. naisten yksikössä on käytössä yhteisöllisyyden rinnalla ns. omatyöntekijäjärjestelmä. Yksiköiden välillä saattoi myös olla ilmapiirieroja. Empiirinen aineisto ei valitettavasti anna vastauksia näihinkään kysymyksiin.

Hoidon keskeyttämisprosentti (38) oli yli kaksinkertainen verrattuna

samassa hoitolaitoksessa viisi vuotta aikaisemmin tehdyn tutkimuksen (Saarnio ym. 1998) vastaavaan tulokseen (15%). A-kodissa siirryttiin tutkimusten välisenä aikana yhteisöhoitoon ja 12-askeleen ohjelman painottamiseen. Koska kummassakaan tutkimuksessa ei selvitetty hoitoprosessin aikaisia tapahtumia, niin emme voi tietää, oliko näillä muutoksilla vaikutusta hoidon keskeyttämisen lisääntymiseen. Voidaan tietysti spekuloida, että osa asiakkaista ei saanut yhteisöhoidossa riittävän yksilöllistä tukea, mikä edelleen olisi lisännyt hoidon keskeyttämistä. Myös 12-askeleen ohjelman konfrontoiva toteutus, esimerkiksi painostus alkoholistin identiteetin omaksumiseen, saattoi lisätä hoidon keskeyttämistä (vrt. Arminen & Perälä 2001).

Tuloksia tarkasteltaessa on hyvä pitää mielessä, että kyseessä oli sangen valikoitunut hoitopopulaatio, ja siksi tuloksia ei voida yleistää kaikkia päihdeongelmaisia koskeviksi. Tutkimushenkilöt eivät myöskään olleet yhtenäinen joukko, sillä osa heistä oli alkoholiongelmaisia ja osa sekakäyttäjiä. Piotrowski ym. (1995) epäilevät näiden ryhmien välillä olevan yleisiä muutosvalmiuseroja, mikä kenties tulisi huomioida tutkimusmateriaalien sisällöstä lähtien. Pitkäaikaisen päihteiden, erityisesti alkoholin käytön aiheuttamat kognitiiviset häiriöt saattoivat niin ikään vaikuttaa tuloksiin sitä kautta, että tutkimushenkilöillä oli vaikeuksia ymmärtää lomakkeen kysymyksiä ja vastata niihin asianmukaisesti (Fals-Stewart ym. 1994).

Asiakkaiden väliset muutosvalmiuserot olisi tärkeätä ottaa huomioon



hoitotoiminnassa, mikä käytännössä tarkoittaa ennen kaikkea sitä, että hoitosisällöt tulisi muokata mahdollisimman yksilöllisiksi. Apuna voisi käyttää esim. URICA:a jo heti vastaanottovaiheessa kunkin yksittäisen asiakkaan kohdalla. Erityisesti pitäisi ottaa huomioon nuoret, vailla ammattia ja asuntoa olevat asiakkaat, joilla on alhainen muutosvalmius. He ovat samalla monesti myös laittomien huumeiden sekakäyttäjiä. Myös sukupuolten väliset erot olisi syytä ottaa huomioon hoitosisäلتöjä suunniteltaessa, sillä naiset olivat hoitoon tullessaan muutosvalmiimpia kuin miehet. Heidän hoitonsa eivät myöskään keskeytyneet alkuvaiheessa eikä heitä uloskirjoitettu sääntörikkomuksen vuoksi samassa määrin kuin miehiä. Hoidon keskeytyminen ajoittuu naisilla myöhempisiin vaiheisiin.

Suomessa ei liene julkaistu ohjekirjaa siitä, miten asiakkaat saadaan mahdollisimman hyvin kiinnittymään hoitoon. Tätä ei jostain syystä ole pidetty erityisen keskeisenä seikkana. Aihepiiristä on muualla julkaistu hoitohenkilökunnalle tarkoitettua ohjemateriaalia (Carroll 1997; DiClemente & Scott 1997). Muutosvalmiuden huomioon ottaminen on yksi keskeisimmistä seikoista, sillä asiakkaat eivät ole hoitoon tullessaan samanlaisessa muutosvalmiuden tilassa. Tämä on erityisen tärkeätä esiharkintavaiheessa olevien, monesti vastahankaisten asiakkaiden kohdalla. Terapeutin taitamaton toiminta voi tällaisissa tapauksissa edesauttaa hoidon keskeytymistä. Motivoiva haastattelu (Miller & Rollnick 1991) on suositeltava hoitomenetelmä työskenteltäessä vastahankaisten asiakkaiden kanssa.

Asiakkaista yli kolmannes (34%) ilmoitti hoitoon tullessaan tavoitteekseen kohtuukäytön ja heillä oli myös alhainen muutosvalmius. Tämä havainto mietityttää. Miten hyvin on yhdistettävissä 12-askeleen painottaminen terapiassa (AA:n/NA:n suositteluinen, tai jopa AA:n/NA:n palaveriisiin painostaminen) ja kohtuukäytön tavoite? AA:n/NA:n ohjelman 1. askel kun jo edellyttää voimattomuuden tunnustamista päihteen suhteen. ( AA 1990, NA 1988) Kohtuukäyttöä tavoitteleva asiakas ei ilmeisesti tunne olevansa voimaton päihteisiin nähden. Seuraako 12:a-askelta painottavasta terapiasta jonkin asteinen konfrontaatio terapeutin ja kohtuukäyttöä tavoittelevan asiakkaan välillä, joka saattaa johtaa asiakkaan hoidon keskeytymiseen?

Ei välttämättä. 12-askeleen ohjelman painottaminen ja motivoiva haastattelu lienee yhdistettävissä, mutta se vaatii henkilökunnalta taitavuutta ettei konfrontaatiota synny. Ambivalenssin luomisen ja konfrontaation välillä on hiuksenhieno ero: ambivalenssin luomisessa pysytellään asiakkaan myöntämissä tosiasioissa, konfrontoinnissa taas asiakas pyritään saamaan hyväksymään asioita, joita hän ei myönnä itsessään olevankaan. Ambivalenssin luomisessa on kysymys asiakkaan oman ristiriidan huomaamisesta, konfrontoinnissa taas ristiriita on terapeutin ja asiakkaan välillä.

Päihdehoidossa tulisi ottaa ihminen huomioon kokonaisuutena ts. ihmisen ykseys erilaisuudessa. Tämä tarkoittaa, ettei mitään ihmisen olemispuolista voi väheksyä: tajunnallista, situationaalista eikä kehollista,

vaan kaikki kuuluvat yhteen. Siksi lääkkeettömästä hoidosta puhuminen on hieman harhaanjohtavaa, mikäli halutaan käsittää ihminen ykseytenä erilaisuudessa. Oikeampi nimitys lienee mahdollisimman vähälääkkeinen hoito. Tajunnallisuudessa yhdistyvät ihmisen eri olemispuolet ja siksi kysymys myönteisestä muutoksesta päihdeongelmissa onkin ennen kaikkea tajunnallinen kysymys. Motivaatio muutoksen aloittamiseen käyttäytymisen tasolla sen sijaan voi löytyä miltä ihmisen olemispuolelta tahansa.

Yhteistyö Kankaanpään A-kodin ja Tampereen yliopiston kesken tutkimustoiminnassa on jatkunut jo kymmenen vuotta. Tämä yhteistyö on maamme päihdehuollossa poikkeuksellista ja se on hedelmällistä molemmille osapuolille: se ankkuroi tutkimustoimintaa kiinteämmin käytännön kysymyksiin ja toisaalta luotsaa käytännön työtä tieteelliseen, kestävään suuntaan. Painavat perusteet yhteistyön jatkamiselle ovat olemassa.

## KIRJALLISUUS

- AA (1990). *Kaksitoista askelta ja kaksitoista perinnettä*. Helsinki. Suomen AA-kustannus.
- Aristoteles (1989). *Nikomakhoksen etiikka*. Helsinki. Gaudeamus.
- Ahlman, E. (1992). *Ihmisen probleemi*. 2.p. Jyväskylä. Jyväskylän yliopisto.
- Arminen, I. & Perälä, R. (2001). Myllyhoidon moniammatillinen tiimi ja päihdeongelmaisten muokkaaminen alkoholisteiksi. *Yhteiskuntapolitiikka*, 66, s.22-33.
- Bandura, A. (1995). *Keynote address: Moving into forward gear in health promotion and disease prevention*. Presented at the meeting of the Society of Behavioral Medicine, St. Petersburg, FL.
- Belding, M., Iguchi, M. & Lamb, R. (1996). Stages of change in methadone maintenance: Assessing the convergent validity of two measures. *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, s. 157-166.
- Bowen, A., Trotter, R. (1995). HIV risk in intravenous drug users and crack cocaine smokers: Predicting stage of change for condom use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, s. 238-248.
- Carroll, K. (toim.) (1997). *Improving Compliance with Alcoholism Treatment*. Project Match Monograph Series, 6. Rockville, MD: NIAAA.
- Craig, R. (1985). Reducing the treatment drop out rate in drug abuse programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2, s. 209-219.
- Davison, G. & Neale, J. (1994). *Abnormal Psychology*, 6 th edition. New York: John Wiley.
- DiClemente, C. (1978). *Perceived processes: change on the cessation of smoking and the maintenance of that change*. Unpublished doctoral dissertation. Kingston. University of Rhone Island.
- DiClemente, C., Carbonari, J., Zweben, A., Morrell, T. & Lee, R. (2002). Motivation hypothesis causal chain analysis. Teoksessa: R. Longabaugh, P. Wirtz (toim.). *Project Match: A Priori Matching Hypotheses, Results, and Mediating Mechanisms*. Project Match Monograph Series, 8. Rockville, MD: NIAAA.

DiClemente, C. & Hughes, S. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, s. 217-235.

DiClemente, C. & Prochaska, J. (1998). Toward a comprehensive, transtheoretical model of change. Teoksessa W. Miller, N. Heather (toim.). *Treating Addictive Behaviors*, s. 3-24. New York. Plenum Press.

DiClemente, C. & Scott, C. (1997). Stages of change: Interactions with treatment compliance and involvement. Teoksessa L. Onken, J. Blaine & J. Boren (toim.). *Beyond the Therapeutic Alliance. Keeping the Drug-dependent Individual in Treatment*, s. 131-156. NIDA Research Monograph. 165. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

DiClemente, C., Story, M. & Murray, K. (2000). On a roll: The process of initiation and cessation of problem gambling among adolescents. *Journal of Gambling Studies*. Special Issue: Youth gambling, 16 (2-3), s. 289-313.

Donovan, D. & Marlatt, G. (toim.) (1988). *Assessment of addictive behaviors*. New York. Guilford.

Dostojevski, F. (2001). *Pelurit*. Jyväskylä. Tammi.

Edwards, G., ym. (1986). *Alkoholipolitiikka ja yhteinen hyvä*. Helsinki. Edita.

Emmons, K., Marcus, B., Linnan, L., Rossi, J. & Abrams, D. (1994). Mechanism in multiple risk factor interventions: Smoking, physical activity, and dietary fat intake among manufacturing workers. *Preventive Medicine*, 23, s. 481-489.

Fals-Stewart, W., Schafer, J., Lucente, S., Rustine, T. & Brown, L. (1994). Neurobehavioral consequences of prolonged alcohol and substance abuse: A review of findings and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, 14, s. 755-778.

Gettier, E. (1963). Is Justified True Belief Knowledge. *Analysis*, 23, s. 121-123.

Grimley, D., Riley, G., Bellis, J. & Prochaska, J. (1993). Assessing the stages of change and decision-making for contraceptive use for the prevention of pregnancy, sexually transmitted diseases, and Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Health Education Quarterly*, 20 (4), s. 455-470.

Haaparanta, L. (1990). Muutos ja identiteetti. Teoksessa I. Halonen, & H. Häyry: *Muutos*, s.155-167. Helsinki. Yliopistopaino.

Haaparanta, L. & Niiniluoto, I. (1991). *Johdatus tieteelliseen ajatteluun*. Helsinki. Helsingin yliopiston filosofian laitoksen julkaisuja 3.

Heidegger, M. (2000). *Kirje humanismista & Maailmankuvan aika*. Helsinki. Tutkijaliiton julkaisu 96.

Heikkilä, K. (2001). *Tie toipumiseen, Tutkimus alkoholismista selviytyneiden päihdeongelman kehittymisestä, ongelma-ajasta ja toipumisreiteistä*. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Pro gradu – tutkielma.

Holberg, L. (1961). *Jeppe Niilonpoika, eli, Talonpojan ihmeelliset seikkailut: viisinäytöksinen huvinäytelmä*, 3. P, Helsinki. WSOY.

Joseph, J., Breslin, C. & Skinner, H. (1999). Critical Perspectives on the Transtheoretical Model and Stages of Change. Teoksessa J. A. Tucker, D. M. Donovan, G. A. Marlatt: *Changing Addictive Behavior*. New York. The Guilford Press.

Kaila, E. (1939). *Inhimillinen tieto*. Helsinki. Otava.

Kant, I. (1994). Mitä on suunnistautuminen ajattelussa? Teoksessa Kotkavirta, J. & Nyyssönen, S: *Ajatus - johdatus filosofiaan*. Porvoo. WSOY.

Kant, I. (1964). *Critique of Pure Reason*. London. MacMillan.

Knuuttila, S. (1990). Aristoteleen teoria muutoksen rajojen määrittämisestä. Teoksessa I. Halonen & H. Häyry: *Muutos*, s. 26-39. Helsinki. Yliopistopaino.

Koski-Jännes, A. (1993). *Alcohol Addiction and Self-Regulation*. Helsinki. Finnish Foundation for Alcoholic Studies.

Koski-Jännes, A. (1998). *Miten riippuvuus voitetaan?*. Helsinki. Otava.

Kotkavirta, J. (1990). Muutos ja moderni. Teoksessa I. Halonen, & H. Häyry: *Muutos*. s. 219-236. Helsinki. Yliopistopaino.

Krohn, S. (1967). *Totuus, arvo ja ihminen*. Porvoo. WSOY.

Krohn, S. (1981). *Ihminen, luonto ja logos*. Jyväskylä. Gummerus.

Krohn, S. (1990). Muuttumaton muutoksessa, kehityksessä ja edistyksessä. Teoksessa I. Halonen, & H. Häyry: *Muutos*, s. 137-145. Yliopistopaino. Helsinki.

Krohn, S. (1989). *Etsin ihmistä*. Teoksessa M. Airakorpi (toim.). Porvoo. WSOY.

Lagerspetz, K. (1989). Biologinen ihmiskäsitys. Teoksessa M. Kamppinen, P. Laihonon, T. Vuorisalo (toim.): *Kulttuurieläin - ihmistutkimuksen biologiaa*, s. 212-220. Keuruu. Otava.

Marcus, B., Rossi, J., Selby, V., Niaura, R. & Abrams, D. (1992). The Stages and processes of exercise adoption and maintenance in a worksite sample. *Health Psychology*, 11 (6), s. 386-395.

Marias, J. (1967). *History of Philosophy*. New York. Dover Publications.

McConaughy, E., DiClemente, C., Prochaska, J. & Velicer, W. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 4, s. 494-503.

McLellan, A., Arndt, I., Metzger, D., Woody, G. & O'Brien, C. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association*, 269 (15), s. 1953-1959.

Miller, W. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11, s. 147-172.

Miller, W. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. New York. Guilford.

Mäntysaari, M. (2001). Sosiaalityö tutkimuksena, koulutuksena ja ammattikäytäntönä. Virkaanastujaisesitelmä. Jyväskylän yliopisto. 21.11.2001.

NA (1988). *Narcotics anonymous*. United States of America. Narcotics Anonymous World Services, Inc.

Niemelä, J. (1999). *Usko, hoito ja toipuminen. Tutkimus kääntymyksestä ja kristillisestä päihdehoidosta*. . Stakes tutkimuksia 96. Jyväskylä. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos.

Norcross, J., Prochaska, J. & DiClemente, C. (1995). The stages and processes of weight control. Two replications. Teoksessa A. Simopoulos, & T. Vanitahe, (toim.): *Obesity: New directions in assessment and management*, s. 172-184. Philadelphia. Charles Press.

Perz, C., DiClemente, C. & Carbonari, J. (1996). Doing the right thing at the right time? Interaction of stages and processes of change in successful smoking cessation. *Health Psychology*, 15, s. 462-468.

Piotrowski, N., Delucchi, K., Presti, D., Tunis, S. & Young, M. (1995). *Stages of change, alcohol dependent inpatients, and early treatment response*. Paper presented at the 103<sup>rd</sup> Annual Convention of the American Psychological Association. New York. August, s. 11-15.

Poikolainen, K. (1998). Päänteet ja kansanterveys. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä (toim.): *Päihdelääketiede*, s. 42-47. Jyväskylä. Duodecim.

Prochaska, J. (1979). *System of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Dorsey. Homewood.

Prochaska, J. (1991). Assessing how people change. *Cancer*, 67 (Suppl. 3), s. 805-807.

Prochaska, J. & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19 (3), s. 276-288.

Prochaska, J. & DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Malabar. FL. Krieger.

Prochaska, J. & DiClemente, C. (1986). Toward a comprehensive model of change. Teoksessa W. Miller, & N. Heather, (toim.): *Treating addictive behaviors: Process of change*, s. 3-27. New York: Plenum.

Prochaska, J. & DiClemente, C. (1992). Stages of change in the modification of problem behavior. Teoksessa M. Hersen, R. Eisler, & M. Miller, (toim.). *Progress in behavior modification*, 28, s. 184-214. Sycamore. IL. Sycamore.

Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. (1992). In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, s. 1102-1114.

Prochaska, J., Norcross, J. & DiClemente, C. (1994). *Changing for good*. New York: Morrow.

Prochaska, J. Redding, C. & Evers, K. (1997). The transtheoretical model and stages of change. Teoksessa K. Glanz, R. Lewis, & B. Rimer (toim.): *Health behavior and health education*, s. 60-84. San Francisco: Jossey-Bass.

Prochaska, J. Velicer, W., Guadagnoli, J., Rossi, J. & DiClemente, C. (1991). Patterns of change: Dynamic typology applied to smoking cessation. *Multivariate Behavioral Research*, 26, s. 83-107.

Project Match Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project Match three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1998, 22, s. 1300-1311.

Puhakainen, J. (1998). *Persoonan kieltäjät. Ihmisen vapaus ja vastuu aivotutkimuksen ja lääketieteen puristuksessa*. Juva. Like.

Rauhala, L. (1983). *Ihmiskäsitys ihmistyössä*. Helsinki. Gaudeamus.



- Rauhala, L. (1985). *Ihmiskäsitys ihmistyössä*. Jyväskylä. Gummerus.
- Rauhala, L. (1988). Holistinen ihmiskäsitys. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 25, s. 190-201.
- Rauhala, L. (1989). *Ihmisen ykseys ja moninaisuus*. Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Rauhala, L. (1990a). *Humanistinen psykologia*. Helsinki. Yliopistopaino.
- Rauhala, L. (1990b). Maailmankuvan muutos psyykkisissä häiriöissä. Teoksessa. *Muutos*. s.114-132. Yliopistopaino. Helsinki.
- Rauhala, L. (1992). *Henkinen ihmisessä*. Helsinki. Yliopistopaino.
- Rauhala, L. (1993). *Eksistentiaalinen fenomenologia hermeneuttisen tieteenfilosofian menetelmänä*. FIFTY 41. Tampere.
- Rauhala, L. (1997). Tajunnan tutkimus sen struktuurin ehdoilla. *Niin & Näin* n:o 1.
- Rauhala, L. (1998). *Ihmisen ainutlaatuisuus*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Rinne, H. (1980). *Juoppojen työllisyys*. Jyväskylä. Gummerus.
- Rychlak, J. (1968). *A philosophy of science for personality theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Saarikoski, P. (1966). *Ääneen*. Kustannus oy Piccolo. Porvoo.
- Saarnio, P. (2001). Mitkä tekijät vaikuttavat terapia suhteen keskeyttämiseen avopäihdehoidossa? *Yhteiskuntapolitiikka* 66, s. 224-232.
- Saarnio, P. (2002). Miehet ja naiset päihdehoidossa: kolme empiiristä tutkimustulosta. *Yhteiskuntapolitiikka*, 67 (3), s. 267-273.
- Saarnio, P. & Knuuttila, V. (2001). Päihdehuollon laitostuntoutusasiakkaan muuttuva kuva. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 38 (3), s. 247-278.
- Saarnio, P. & Knuuttila, V. (2002). Riskfaktorer bakom avbruten institutionsvård av missbrukare. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*, 19 (3), s. 193-201.
- Saarnio, P. & Knuuttila, V. (painossa). A study of risk factors in dropping out from inpatient treatment of substance abuse. *Journal of Substance Use*.

Saarnio, P. & Knuuttila, V. (painossa). Päihdeongelmaisten muutosvalmius hoidon jatkuvuutta ennakoivana tekijänä. *Psykologia*.

Saarnio, P., Tolonen, M., Heikkilä, K., Kangassalo, S., Mäkeläinen, M-L., Niitty-Uotila, P., Vilenius, L. & Virtanen, K. (1998). Päihdeongelmaisten selviytyminen hoidon jälkeen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 35, s. 207-219.

Salomaa, J. (1989). *Filosofian historia 1*. Jyväskylä. Jyväskylän yliopiston julkaisuja 38.

Sobell, L., Sobell, M. & Toneatto, T. (1992). Recovery from alcohol problems without treatment. Teoksessa N. Heather, W. Miller & J. Greeley (toim.): *Self-Control and the Addictive Behaviors*, s. 198-242. New York. Macmillan.

Stakes (2001). *Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2002*. Saarijärvi. Stakes.

Sutton, S. (1996). Can "stage of change" provide guidance in the treatment of addictions? A critical examination of Prochaska and DiClemente's model. Teoksessa G. Edwards & C. Dare (toim.). *Psychotherapy, psychological treatments and the addictions*. New York: Cambridge University Press.

Tamminen, M. (2000). *Paluu normaaliin. Tutkimus addiktiivisen päihteidenkäytön lopettamisesta*. Stakes. Raportteja 247. Saarijärvi. Gummerus.

Toiviainen, S. (1997). *Kantapöydän imu. Juoppokulttuuri valintana ja pakkona*. Helsinki: Tammi.

Tsoh, J. (1995). *Stages of change, drop-outs and outcome in substance abuse treatment*. Unpublished doctoral dissertation. University of Rhone Island. Kingston.

Turunen, K., Wilenius, R. & Paakkola, E. (1994). *Mitä on filosofia? Johdatus peruskäsitteisiin*. Jyväskylä. Atena.

Vaillant, G. (1983). *The Natural History of Alcoholism. Causes, Patterns and Paths to Recovery*. Cambridge: Havard University Press.

Weckroth, K. (1984). *Ajatuksia ihmisen toiminnasta ja sen tutkimisesta*. Tampere. Tampereen yliopiston sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos.

Wilson, B. (1986). *Anna sanan kiertää. Bill Wilsonin elämänkerta ja tarina siitä, kuinka AA-sanoma saavutti maailman*. Helsinki: Suomen AA-kustannus.

Winch, P. (1979). *Yhteikuntatieteet ja filosofia*. Jyväskylä. Gummerus.

v. Wright, G. (1985). *Filosofisia tutkielmia*. Helsinki. Kirjayhtymä.

v. Wright, G. (1987). *Tiede ja ihmisjärki*. Porvoo. WSOY.

Asiakas: \_\_\_\_\_

Pvm: \_\_\_\_\_

Seuraavassa on esitetty joukko kysymyksiä, joihin toivomme Sinun vastaavan mahdollisimman huolellisesti. Lue ensin lomake alusta loppuun. Mikäli siinä on epäselvyyksiä, kysy neuvoa henkilökunnalta. Vastaa sen jälkeen kysymys kysymykseltä. Käytä mahdollisimman selkeää käsialaa. Tarkista lopuksi, että vastasit jokaiseen kohtaan ja palauta lomake henkilökunnalle.

\* Ikä \_\_\_\_\_ v.

\* Sukupuoli (rengasta vaihtoehto)

1 = mies

2 = nainen

\* Ammatti \_\_\_\_\_

\* Koulu- ja opiskeluvuosien yhteenlaskettu pituus \_\_\_\_\_

\* Siviilisääty (rengasta **yksi** vaihtoehto)

1 = naimaton

2 = avoliitossa

3 = naimisissa

4 = eronnut

5 = leski

\* Montako **huollossasi** olevaa lasta asuu **kanssasi**? \_\_\_\_\_

\* Asumismuoto (rengasta **yksi** vaihtoehto)

1 = oma asunto

2 = vuokra-asunto

3 = jonkun muun luona

4 = asuntola

5 = asunnoton

\* Työtilanne (rengasta **yksi** vaihtoehto)

- 1 = täysipäivätyö
- 2 = osa-aikatyö
- 3 = lomautettu
- 4 = työtön
- 5 = eläkkeellä
- 6 = opiskelija tai kurssilainen

\* Mitä seuraavista aineista olet käyttänyt **päihtymystarkoituksessa** viimeisten 12 kuukauden aikana? (rengasta **yksi tai useampi** vaihtoehto)

- 1 = alkoholi
- 2 = korvikealkoholi
- 3 = hasis, marihuana
- 4 = amfetamiini
- 5 = kokaiini
- 6 = lsd
- 7 = heroini, morfiini
- 8 = rauhoittavat- tai unilääkkeet
- 9 = liuottimet, liimat
- 10 = jokin muu, mikä? \_\_\_\_\_

\* Mitä **yksittäistä** päihdettä olet käyttänyt **eniten** viimeisten 12 kuukauden aikana?

\_\_\_\_\_

\* Päihteiden **pääasiallinen** käyttötapa viimeisten 12 kuukauden aikana (rengasta **yksi** vaihtoehto)

- 1 = päivittäin tai miltei päivittäin
- 2 = kausittain
- 3 = viikonloppuisin

\* **Viimeisen** päihteiden ongelmakäyttökauden pituus vuorokausissa

\_\_\_\_\_

\* Kontaktit päihteiden ongelmakäyttäjiin viimeisten 12 kuukauden aikana (rengasta **yksi** vaihtoehto)

- 1 = ei kontakteja
- 2 = harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3 = kuukausittain
- 4 = viikottain
- 5 = miltei joka päivä

\* Oletko menneinä vuosina **keskeyttänyt** laitoshoidon joko A-kodissa tai muualla? Jos olet, niin montako kertaa?

---

\* Tulitko A-kotiin **pelkästään** omasta vapaasta tahdostasi (rengasta **yksi** vaihtoehto)?

- 1 = kyllä
- 2 = ei

\* Nykyinen tavoitteesi päihteiden käytön suhteen (rengasta **yksi** vaihtoehto)

- 1 = täysraittius
- 2 = hallittu käyttö

## LIITE 2

\*Seuraavissa väittämissä kuvataan erilaisia tuntemuksia, joita saattaa liittyä päihdehoidon aloittamiseen tai omien ongelmien kohtaamiseen. Ilmoita kunkin väittämän kohdalla, missä määrin olet samaa tai eri mieltä väittämän kanssa. Tee valintasi sen mukaan, miltä Sinusta tuntuu juuri tällä hetkellä, älä sen mukaan, miltä Sinusta on tuntunut aikaisemmin tai miltä haluaisit tuntuvan. Kun väittämissä viitataan Sinun "ongelmiisi", kyse on Sinun päihteiden käyttöösi liittyvistä ongelmista.

Jokaiseen väittämään on viisi eri vastausvaihtoehtoa. Rengasta numero, joka parhaiten kuvaa sitä, missä määrin olet samaa tai eri mieltä väittämän kanssa.

**1 = Täysin eri mieltä**  
**2 = Eri mieltä**  
**3 = En osaa sanoa**  
**4 = Samaa mieltä**  
**5 = Täysin samaa mieltä**

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1) Omasta mielestäni minulla ei ole mitään ongelmia, jotka edellyttäisivät muutosta.                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2) Luulen, että voisin olla valmis kehittämään itseäni.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3) Olen jo ryhtynyt tekemään jotakin minua kiusanteiden ongelmien johdosta.                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4) Ongelmaani paneutuminen saattaisi olla hyödyllistä.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5) En ole ongelmatyyppiä. Ei olisi paljonkaan hyötyä siitä, että yrittäisin muuttua.                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6) Pelkään ajautuvani takaisin ongelmaan, josta olen jo kerran päässyt irti, joten yritän etsiä apua. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7) Pyrin lopultakin paneutumaan ongelmaani.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8) Olen ajatellut, että saattaisin haluta muuttaa jotakin itsessäni.                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9) Olen onnistunut paneutumaan ongelmaani, mutta en ole varma, jaksanko jatkaa yksin.                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10) Ongelmani on aika ajoin vaikea, mutta yritän saada sen ratkaistuksi.                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

\*

**1 = Täysin eri mieltä**  
**2 = Eri mieltä**  
**3 = En osaa sanoa**  
**4 = Samaa mieltä**  
**5 = Täysin samaa mieltä**

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 11) Olisi ajan hukkaa jos yrittäisin muuttua, sillä ongelmalla ei ole mitään tekemistä minun kanssani.                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12) Toivoisin, että voisin oppia ymmärtämään itseäni paremmin.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13) Minulla on varmasti puutteita, mutta en näe mitään mitä minun pitäisi varsinaisesti muuttaa itsessäni                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14) Teen kovasti töitä muuttuakseni.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15) Minulla on ongelma ja olen sitä mieltä, että minun pitäisi todella kohdata tämä ongelma.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16) En ole vienyt läpi kaikkia tekemiäni muutoksia niin perusteellisesti kuin olisin toivonut, ja haluan estää ongelman uusiutumisen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17) Vaikka en aina onnistukaan muuttumaan, olen ainakin ryhtynyt paneutumaan ongelmaani.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18) Luulin päässeeni ongelmasta eroon kun sain sen kerran ratkaistuksi, mutta joskus huomaan kamppailevani sen kanssa edelleen.       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19) Toivoisin, että minulla olisi enemmän ideoita ongelmani ratkaisemiseksi.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20) Olen alkanut paneutua ongelmaani, mutta haluaisin saada apua.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21) Ehkä joku tai jokin pystyy auttamaan minua.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22) Saatan tarvita tukea juuri nyt jotta pystyisin pitämään kiinni jo tekemistäni muutoksista.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23) Saatan olla osa ongelmaa, mutta en oikeastaan usko olevani.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24) Toivoisin saavani joltakin hyviä neuvoja.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| *25) Kuka tahansa voi puhua muuttumisesta, mutta minä olen tekemässä jotakin asian eteen.                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26) Kaikki tämä puhe ongelmista on pitkästyttävää. Mikseivät ihmiset voi vain unohtaa ongelmansa?                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27) Minulla on vaikeuksia estää ongelmani uusiutuminen.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28) Tämä on turhauttavaa, mutta minusta tuntuu, että jo kertaalleen ratkaisemani ongelma saattaa olla uusiutumassa.             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29) Minulla on huolia, mutta niin on muillakin. Miksi tuhlaa aikaa niiden pohtimiseen?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30) Paneudun ongelmaani aktiivisesti.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31) Tulisin mieluummin toimeen puutteideni kanssa kuin yrittäisin muuttaa niitä.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32) Huolimatta kaikesta siitä, mitä olen tehnyt päästäkseni eroon ongelmastani, aina silloin tällöin se palaa kiusaamaan minua. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Kiitos vaivannäöstäsi!**